

CA1  
HW722  
- 1993  
A13

No. 13

# AGING and NACA



## THE NACA POSITION

ON  
**CANADA'S OLDEST SENIORS:  
MAINTAINING THE QUALITY OF THEIR  
LIVES**

THE NATIONAL ADVISORY COUNCIL ON AGING  
Canada



Digitized by the Internet Archive  
in 2022 with funding from  
University of Toronto

<https://archive.org/details/31761115571127>

**THE NACA POSITION ON  
CANADA'S OLDEST SENIORS:  
MAINTAINING THE QUALITY OF THEIR LIVES**

**This position was unanimously adopted by  
NACA members at the 34<sup>th</sup> Council meeting,  
September 29, 1992**

**National Advisory Council on Aging**

Information on this report may be obtained from:

National Advisory Council on Aging  
OTTAWA, Ontario  
K1A OK9  
Tel.: (613) 957-1968  
Fax.: (613) 957-9938

Blossom T. Wigdor, CM, PhD  
Chairperson

Susan Fletcher  
Executive Director

**THE NACA POSITION ON** is a series of policy papers presenting NACA's opinions and recommendations on the needs and concerns of seniors and issues related to the aging of the population.



© Minister of Supply and Services Canada 1993  
Cat. No.: H71-2/4-1993  
ISBN: 0-662-59443-6

## **WHAT IS THE NATIONAL ADVISORY COUNCIL ON AGING?**

The National Advisory Council on Aging (NACA) was created by Order-in-Council on May 1, 1980 to assist and advise the Minister of National Health and Welfare on issues related to the aging of the Canadian population and the quality of life of seniors. NACA reviews the needs and problems of seniors and recommends remedial action, liaises with other groups interested in aging, encourages public discussion and publishes and disseminates information on aging. In carrying out its responsibilities, NACA also works closely with the Minister of State for Seniors.

The Council has a maximum of 18 members from all parts of Canada. Members are appointed by Order-in-Council for two- or three-year terms and are selected for their expertise and interest in aging. They bring to Council a variety of experiences, concerns and aptitudes.

### **MEMBERS OF THE NATIONAL ADVISORY COUNCIL ON AGING**

(as of September 29, 1992)

#### Chairperson

Blossom T. Wigdor

Toronto, Ontario

#### Members

Frank Appleby

Athabasca, Alberta

Maurice Bérubé

Rimouski, Quebec

Julia Best

Southern Harbour, Newfoundland

Andrea Boswell

Scarborough, Ontario

Ruth Carver

London, Ontario

Jeanne Chartier

St-Hyacinthe, Quebec

Evan Dickson

Fergus, Ontario

Donna Ford

Williams Lake, British Columbia

Louise Francoeur

Saint-Bruno, Quebec

Barbara Gregan

Fredericton, New Brunswick

Marguerite Hogue-Charlebois

Montreal, Quebec

John MacDonell

Antigonish, Nova Scotia

Wilma Mollard

Saskatoon, Saskatchewan

Abe Okpik

Iqaluit, Northwest Territories

Noëlla Porter

Sainte-Foy, Quebec

Médard Soucy

Baie-Comeau, Quebec

## NACA BELIEFS

NACA believes that:

- Canada must guarantee the same rights and privileges to all its citizens, regardless of their age.
- Seniors have the right to be autonomous while benefitting from interdependence and to make their own decisions even if it means "living at risk".
- Seniors must be involved in the development of policies and programs and these policies and programs must take into account their individuality and cultural diversity.
- Seniors must be assured of adequate income protection, universal access to health care, and the availability of a range of programs and services in all regions of Canada that support their autonomy.

## **NACA'S POSITION IN BRIEF**

The growth in the percentage of older seniors (80+) within the senior population is one of the most striking socio-demographic developments in recent years. The presence of these "survivors", the majority of whom are women, presents a special challenge to Canadian society to assure that the quality of their last years can be maintained as much as possible. Little is known, however, about older seniors, the changes that occur in their lives, their strengths, their concerns and wishes and their particular needs. In this position paper, NACA focuses on the issues that have the greatest impact on the quality of the lives of older seniors and makes specific recommendations for each one.

**In short, NACA recommends that:**

**1. With regard to income,**

The remaining poverty among oldest seniors be eliminated so that all have incomes above the low-income cut-off level.

**2. With regard to wellness,**

The older senior population be included as an appropriate target group in wellness activities and that the usefulness of these activities for the 80+ be demonstrated, both to older seniors and to health and social service professionals.

**3. With regard to physical health,**

Regional geriatric assessment and treatment units be developed; health care services provided to older seniors be monitored to ensure that they really contribute to their quality of life; health professionals be informed about problems related to medication use among the 80+ and that older seniors and their caregivers be encouraged to learn about the medications consumed by seniors, to question health care professionals on their use and to report side effects; health care professionals be trained to assess incontinence and to counsel patients about its treatment and management.

**4. With regard to mental health,**

Health care professionals be trained to deal with older seniors' mental health problems, in particular depression; community resources be developed to support the families of persons with dementia; care facilities make the necessary adaptations to respond to the special needs of these individuals.

**5. With regard to residential situations,**

Low-cost supportive housing options that are adapted to the needs of the 80+ be developed; communities maintain lists of reputable persons to do home maintenance; appropriate counselling be offered to help older seniors evaluate the financial options to draw income from their homes; home support services be developed that are integrated with institutional and other community services through a single entry point, and include palliative care for seniors who wish to die at home; individualized client assessments be used in designing care and service plans in long-term care facilities; environmental conditions, staffing levels and training of personnel in long-term care facilities respond to the needs of their clients; couples be permitted to continue living together or in close proximity in facilities, as appropriate, even if only one requires admission; community institutions facilitate the access of residents of long-term care facilities to their services or activities; services in long-term care facilities respect the values and traditions and assure communication with residents who are members of native or ethnic communities.

**6. With regard to transportation and mobility,**

Design changes be made to roadways, intersections and highway signs, and proper maintenance of sidewalks and bus-stops be ensured to improve the safety of older seniors; public transportation systems and adapted transportation systems for disabled seniors be made more widely available, particularly in small towns and rural areas; driver refresher courses be widely available to the 80+ who wish to continue driving with periodical testing of their visual acuity and their reaction time in complex situations.

**7. With regard to interpersonal relations,**

Older seniors who are caregivers to their spouses be supported by community services; the recently widowed 80+, in particular widowers, be offered counselling and practical support; formal services providers recognize the limits in the capacities of children, other relatives and friends as informal caregivers and that some older seniors do not have reliable sources of informal support; assumptions about norms of family support in native and ethnic communities do not limit the provision of adequate and culturally sensitive care and support services.

**8. With regard to ethical issues,**

The rights of older seniors to live "at risk" be respected; forms of abuse involving older seniors be recognized and methods developed to deal with it; public debate be encouraged to clarify standards concerning ethical issues and necessary mechanisms be put in place to implement the resulting decisions.

## THE NACA POSITION ON CANADA'S OLDEST SENIORS: MAINTAINING THE QUALITY OF THEIR LIVES

### INTRODUCTION

A certain aura surrounds the oldest members of Canadian society. They are the "survivors", defined here as those 80 and over, who have been able to maintain a relative degree of autonomy and quality of life despite their venerable age. Queries are often made about the secrets of their endurance, of their successful aging. Answers vary from special diets to exercise routines, forms of mental hygiene or basic health habits. Yet little is known about the lives of the very old today, how they are changing and what they are likely to be tomorrow.<sup>1\*\*</sup>

Lack of knowledge and understanding has led to many misconceptions about older seniors. Age stereotypes abound, perhaps because the physical aspects of their aging are often more striking than among younger seniors. Although individual differences are often glossed over, we know that this sub-group of older seniors is not homogeneous, nor is it static. In many ways, it is more diverse than any younger age group because its members have had so many years to become distinctively "what they are". This diversity will surely grow in the future.<sup>2</sup>

The simple fact that older seniors, as we define them, were all born before 1913, means that they have lived through certain historical periods and events that influenced them to varying degrees. They experienced social and cultural revolutions, times of great economic prosperity as well as serious adversity, wars, extraordinary technological developments, and so on. Older seniors have an experience of life that may have resulted for some in an enviable level of wisdom and a philosophical perspective on life. Others may have simply been victims of life's experiences or passive observers who remained at the surface of events.

There are some conditions that are more prevalent in this age group than in other groups. This is the age group where losses are often experienced most intensely: loss of autonomy due to physical or cognitive disability; loss of friends and older relatives, some of whom may have been primary or secondary caregivers to the older senior; and, for many, loss of familiar surroundings. With advancing years, these losses accumulate and may become increasingly onerous.

Income is a problem for some. Most older seniors have been out of the labour market for at least 15 years. They must depend on savings and investment, on private pensions, on the generosity of family members or on a transfer of public funds. The rising cost of living makes older seniors who live alone in

---

\*\* All notes are presented at the end of the text.

unsubsidized housing, the great majority of whom are women, particularly fearful about their future financial security since housing represents a large proportion of their budget.<sup>3</sup>

Older seniors are also more likely to be increasingly vulnerable and dependent on others, whether family members, friends, community organizations or public services. Many may require substantial care and special assistance to support them in the community. Others may need to enter a long-term care facility.<sup>4</sup>

Transportation can be a particularly difficult problem for older seniors. Those who drove automobiles earlier in life are often not able to continue because of declining health. Many older seniors are dependent on public transportation, taxis or the willingness of others to help them get to needed resources and to visit with friends. Some find the costs excessive for their limited budgets. The situation of older seniors in rural areas is particularly difficult because public transportation is often not available outside of cities. Canada's ever-changing climatic conditions may make it extremely difficult for older seniors to leave their homes in the winter. Others never go out after dark because of visual deterioration or fear for their safety.<sup>5</sup>

After a brief portrait of the older senior, this paper will focus on the issues that NACA sees as having the greatest impact on older seniors. These are the elements that contribute in a very basic way to the quality of their lives. They include economic security, wellness, physical and mental health, living arrangements, transportation and mobility, interpersonal relations and ethical considerations. Most sections will be introduced by quotes from older seniors interviewed in an informal consultation carried out by Council members. These quotes illustrate the wide diversity between individuals.

## **1. PORTRAIT OF THE OLDER SENIOR**

In many ways, older seniors are virtual trail-blazers. Never before in the history of humanity has such a large proportion of individuals, overwhelmingly female, survived to such advanced ages.

Certain socio-demographic factors have been found to favour longevity. These include having ancestors who were particularly long-lived, being a first born in a family, attaining a higher than average educational level and occupational category, having a smaller than average number of children and having an intact marriage that provides emotional and practical support.<sup>6</sup>

Other studies have found that the long-lived tend to have strong personalities and a higher than average IQ, to be optimistic, to have a sense of

humour, to be involved in meaningful activities and to cope intelligently with life's problems.<sup>7</sup>

In 1991, there were 3,700 centenarians in Canada. Their numbers are forecast to surpass 7,400 by 2011 making them the fastest growing age group in the country. Centenarians together with those 80-99 represented about 2% of the total population of Canada and about 21% of the population 65+ in 1991. The rate of increase of the population 80+ was over four times that of the general population between 1975 and 1986, while the growth of the population 65+ was about three times that of the total population. According to Statistics Canada's middle-range projections, in 2011, the 80+ will represent over 4% of the total population of Canada and over 28% of the population 65 or over.<sup>8</sup>

The decrease in mortality rates is an important factor in explaining the increase in the numbers of the very old, especially in the past two decades. In 1986, the life expectancy for people celebrating their 75th birthday was 9 years for men and 12 years for women.<sup>9</sup>

The "feminization" of old age is striking. In 1991, there were 169 women for every 100 men aged 80-84, 209 women per 100 men in the 85-89 age group and 274 women for every 100 men aged 90 or over.<sup>10</sup>

## **2. ECONOMIC ISSUES**

*I have it a lot better than when I was young, thanks to my government pension. You know, then I was never sure how much money was coming in each month.* (85-year-old married man)

*I don't have much since I have been in the home. Only \$90 a month to get by on is not enough. (86-year-old widow in a nursing home)*

*My income is adequate for my basic needs. But that is because I don't go out in the evening or eat in restaurants because of my health problems. I can still buy books and go to some movies.*

(80-year-old single woman)

Among the conditions necessary to maintain one's quality of life at any age, economic security is certainly one of the most basic, since it is a prerequisite for access to many other resources and to a sense of security. In fact, in 1991, fully one-quarter of community-dwelling seniors 80+ said they feared that their income and investments would not continue to meet their future needs.<sup>11</sup> This fear is all the more noteworthy since this is a cohort of seniors who have, for the most part, been used to living frugally and "making do" under conditions that were sometimes quite precarious or uncertain.

Although the economic situation of seniors in general has improved in the recent past, the income of older seniors remains lower than that of their younger counterparts. In 1990, the median income of seniors 65 to 69 was \$14,432, whereas it was only \$12,248 for those 75+. This puts older seniors very close to or beneath the low-income cut-off levels as determined by Statistics Canada, which vary between \$10,000 and \$14,000 for unattached persons, depending on the size of the community in which they reside.<sup>12</sup>

Income levels among older seniors vary mainly according to gender and residential situation (living alone or with others). On both these counts, older women are at a disadvantage. The median income of women 75+ in 1990 was \$11,717, whereas that of men 75+ was \$13,598.<sup>13</sup> Half of all women are widowed or divorced at 65 compared to 58% of men who are still married at 80. Since the majority of older seniors are unmarried females living alone, their limited income is even more stretched because they cannot economize by sharing any of the fixed costs of daily life (rent, food, etc.). According to the National Council of Welfare, 50% of unattached women 75+ living alone or with non-relatives have incomes below the low-income cut-offs.<sup>14</sup>

Most of the income of older seniors comes from government transfers. In 1990, these transfers represented the main source of income for 55% of men and 68% of women 80+ living in the community. The proportion of individuals dependent on these transfers is greater among older groups. In 1990, for example, 70% of those 90+, received a partial GIS (Guaranteed Income Supplement), meaning that their income, excluding OAS (Old Age Security), was less than \$10,123 a year. At the same time, about 25% of seniors 90+ were receiving full GIS benefits, meaning that their only source of income was OAS. However, the combination of these two benefits (OAS and GIS) was not sufficient to bring an individual above the low-income cut-off level.<sup>15</sup>

Many older seniors receive minimal or no benefits from either public or private pensions. In 1992, the average C/QPP (Canada/Quebec Pension Plan) benefit paid to male pensioners aged 85+ was about \$185 while that of women of the same age was only \$128. This is due to the fact that many seniors retired before C/QPP began paying out benefits in 1967, or contributed to the plans for a very short time and at less than the average wage. Many of today's older seniors also worked at a time when private pensions were not widely available and almost never indexed. Very few had provisions for a surviving spouse. Private retirement pensions are the main source of income for only 20% of the men and 8% of the women in the 80+ age group.<sup>16</sup>

**NACA recommends that:**

**The remaining poverty among oldest seniors be eliminated so that all have incomes above the low-income cut-off level.**

### 3. WELLNESS

*It is very peculiar being over 100 ... and fun. I'm a rare breed, a museum piece. They bring people in to look at me. I would say that I have had a very good life. There have been bad times but I am happy now, although my health is slowly deteriorating. Last night, I went to hear my grand-daughter and her husband in a Gilbert and Sullivan musical. I was an actress and singer when I was young. They must get it from me....*

*(101-year-old widow living in a long-term care facility)*

*You shouldn't be congratulated for living too long. It's a question of endurance.... Nothing works properly in my body, from teeth to toes.... Old age is a form of punishment. The more you go on, the more you endure. I hate every minute of it.*

*(87-year-old single woman living in a long-term care facility)*

*I was born blind and have been living here for 40 years. Last year, I married a fellow resident who has cerebral palsy. I am happier than I have ever been in my life because I am so much in love. Life is good to me now.*    *(80-year-old woman living in a long-term care facility)*

Wellness is second in the constellation of issues affecting the quality of life of older seniors. The meaning of wellness goes far beyond the traditional medical definition of health as an absence of illness by adopting a global or "holistic" perspective of well-being. Being "well" is related to a "healthy lifestyle" encompassing the physical, mental, spiritual and emotional dimensions of life. The relative importance of these dimensions can vary widely between individuals and at different phases of their lifespan. As individuals move toward the end of their lives, many seem to work toward reaching a personal equilibrium between these dimensions that allow them to achieve a sense of integration. As E. Erikson put it, "It is through this last stage that the life cycle weaves back on itself in its entirety ... bringing into balance feelings of integrity and despair involving a review of and a coming to terms with the life one has lived."<sup>17</sup>

There is no one model of wellness. Individuals will necessarily draw on their cultural background, their past experiences and their personal preferences in making lifestyle decisions. They will be limited or supported in their choices by the concrete circumstances of their lives in finding their own way of being "well".

Some older seniors, for example, despite very serious physical limitations, achieve a remarkable quality of life by developing other dimensions of their lives. The "feisty" or "crusty" senior who verbalizes complaints and frustrations, may be using a self-assertive strategy that is quite effective, for that individual, in coping with life's challenges. For other older seniors, developing a serene and positive philosophy of life while remaining optimistic is the preferred strategy. Religion or the spiritual dimension of life may be of great importance to some seniors in later life, while others may turn more toward humanitarian or artistic endeavours.<sup>18</sup>

Recognizing these individual "styles" and personal preferences, it is important that older seniors be offered the means to participate in activities promoting holistic wellness. These activities could include writing one's memoirs or other forms of reminiscence, promoting self-awareness and self-esteem, enhancing learning or memory, cultural and spiritual enrichment, learning techniques of stress-reduction or relaxation, improving nutrition and lifestyle and increasing physical activity.<sup>19</sup>

Although the importance of maintaining "wellness" is recognized with regard to younger seniors, its importance for those 80+ is sometimes overlooked. Health promotion and disease prevention measures have not been used widely enough with this age group and have not been adapted to their preferences and abilities. This remains true despite the fact that many of these measures have been shown to be beneficial for even the oldest members of the senior population. Many of the negative changes associated with advancing age are far more preventable and reversible than was previously thought. Barring some pathological condition, and providing regular exercise and use, physical and mental faculties can remain strong into very old age and work far better than was previously thought.<sup>20</sup>

**NACA recommends that:**

**Activities intended to promote wellness within the general adult population include older seniors as an appropriate target group, taking into consideration the life situations, personal preferences and cultural backgrounds of the members of this age group.**

**Older seniors be provided with information on the usefulness of wellness activities for persons of their age and encouraged to participate in these activities.**

**Educational programs and ongoing training of health and social service professionals include the results of research on the effectiveness of promoting physical and mental lifestyle changes for older seniors.**

#### 4. PHYSICAL HEALTH

*I cannot do as much as before. I find my lack of energy particularly frustrating. Actually, my health is better than it was three or four years ago when I had a bleeding ulcer. Now, that's under control. I discovered I had diabetes and that was brought under control as well with exercise and weight loss. I'm feeling very good, except for some minor back discomfort. I really have no worries for the future.*

*(81-year-old widow living alone in her own home)*

*My health is failing but I am not obsessed by it. I had a rather severe heart attack that scared me a few years ago and I cannot play golf as well as I would like because of my eyesight and general "tiredness". I am also frustrated by the fact that my health problems have also curtailed my sexual activities.*

*(82-year-old widower living in an apartment)*

Seniors frequently say that good physical health is a key to their quality of life and many express a fear of declining health as they grow older. Although not all of the very old are frail, the likelihood of chronic physical problems, disabilities, and certain forms of acute illness does grow with increasing years. Research suggests that the average person 85+ has three major chronic health problems for which he or she will eventually need health care services. These include cardiovascular diseases, diabetes, arthritis and chronic rheumatism, high blood pressure, respiratory diseases, and osteoporosis. Although mortality rates due to many chronic problems have dropped off in the past 40 years, there are more people than in the past with milder forms of disease who are living for longer periods with various disabilities and functional limitations.<sup>21</sup>

Sensory and mobility problems are very prevalent among older seniors. Statistics Canada's 1986 Health and Activity Limitation Survey (HALS) showed that 83% of seniors 75 to 84 and 89% of those 85+ report disabilities with regard to mobility and agility. Hearing disabilities were reported by 47% of those 75-84 and 65% of those 85+. According to the 1991 HALS, 25% of seniors 85+ characterized their level of disability as moderate, whereas 64% found it to be severe.<sup>22</sup>

Older seniors also tend to have many episodes of acute illness that may lead to chronic problems or disabilities. Among some of the most common are pulmonary and urinary infections, strokes and blood clots, heart disease, tumours, fractures and diseases of the digestive system.<sup>23</sup>

#### **4.1    Geriatric Assessment and the Use of Acute Services**

*Doctors don't seem to want to be bothered with us oldsters and it's annoying. The standard answer is: "Well you're nearly 90, what do you expect?"*

*(89-year-old widower living in a seniors' apartment complex)*

*I was in good health after my retirement, but two strokes sent me here. A bout with shingles four years ago incapacitated me even more. I also have some problems of constipation and urinary incontinence. My false teeth also need constant adjustment so that I can continue to eat proper food.*

*(87-year-old single woman living in a nursing home)*

Older seniors frequently have several concurrent health problems in addition to the social and psychological factors related to extreme old age which may complicate their situations. Rapidity in responding to their needs is often crucial in determining the outcome of interventions. Providing an adequate response to the multidimensional "bio-psycho-social" needs of older seniors requires a variety of geriatric services. Timely intervention often starts with interdisciplinary teams of health and social service professionals who do thorough assessments which include medical and non-medical factors, recommend treatment and orient seniors to appropriate services. Other geriatric services may include day or extramural hospitals, active geriatric units (short and medium stay), rehabilitation units, outpatient consultation services, and a variety of other outpatient services, including post-hospitalization support programs.<sup>24</sup>

The utilization levels of health care services, as measured by visits to physicians and frequency and duration of hospitalization, rise very rapidly among the oldest seniors. In provinces where efforts have been made to reduce the use of hospital services, these efforts have been the least effective among the 85+ where utilization levels have continued to rise. The very heavy use of hospital services, however, occurs in the last year of life. Research indicates that 20% of all the hospital days used by the elderly were used by those who died during the year. The length of the hospital stay of those who are dying was likely to be 18 or more days. Forty percent of the seniors considered "high users" of hospital care in a given year died, either in that same year or during the following year.<sup>25</sup> Little attention has been paid, however, to the issue of whether or not this use of services has led to real improvements in health status or in the quality of life of older seniors.<sup>26</sup>

**NACA recommends that:**

**Geriatic assessment and treatment units or their equivalent, staffed by interdisciplinary teams, be provided in every region to act as a resource to the primary-care physician or family physician so that the complex and multiple health problems of older seniors can be addressed adequately.**

**Health care services provided to older seniors be closely monitored to ensure that they are really most appropriate to improving their health status and quality of life.**

#### **4.2 Medication**

*Being 81 is not so great physically. I can't walk more than two blocks because of acute vascular problems in my legs. I had breast cancer, cataracts and vein blockage repair. I can't hear verbal exchanges on TV. I suffer from sciatica as well. I take pills for cancer, aspirin for vein blockage, anti-inflammatories and tylenol. I smoke and drink moderately."*

*(81-year-old single woman living alone in an apartment)*

*My health has never been very good. I was a premature baby and was always very thin and fragile. I have both glaucoma and cataracts. I also have very severe facial nerve pain. I take eight prescribed pills each day.*

*(91-year-old widower living alone in his own home)*

Seniors generally are prescribed and use more medications than younger persons. Community surveys vary in the estimated number of prescription and over-the-counter medications the average senior takes, ranging from one to over eight per day. Older seniors may suffer the undesirable effects of medications for several reasons: they tend to take a larger number of medications over a longer period of time; their bodies use medications differently because of their age and this is often not reflected in recommended dosage levels and in the prescribing practices of physicians; and their level of compliance is often lower due to a lack of information, a fear of questioning physicians or pharmacists, or functional disabilities.<sup>27</sup>

Taking several medications simultaneously increases the risk of unwanted interactions, in addition to other problems ranging in severity from dry mouths and sleepiness to dizziness, anemia, gastric haemorrhaging or severe cognitive problems.<sup>28</sup>

The excessive and inappropriate use of psychotropic medications, such as tranquillizers or sleeping pills, in the senior population, is considered by many to be the single most treatable condition of old age. The misuse of this kind of medication, which is especially prevalent in long-term care facilities, has been cited as a factor accelerating the decline in residents' autonomy.<sup>29</sup>

The very old are particularly at risk of non-compliance. They sometimes do not understand why they are taking medication and what its effect will be. They hesitate to question health care professionals. They are also particularly prone to errors in self-medication when medications of different colours, sizes and forms are prescribed simultaneously and when the scheduling of dosages is particularly complicated or inconvenient. Those who have arthritic fingers, whose hands tremble, or whose eyesight is very poor may also find it impossible to open the containers in which their medication is stored, to read the labels or to correctly use medications such as eye-drops. Problems of memory loss may also complicate matters. Research indicates that between 30 and 60% of seniors do not comply with their physician's prescription in using their medications.<sup>30</sup>

**NACA recommends that:**

**Physicians be educated about proper prescribing practices for the very old including alternatives to medication use.**

**Health professionals be given information in their initial training or through continuing education programs on the problems of non-compliance of older seniors and the means to overcome them through information, assistance or monitoring.**

**Older seniors and their caregivers be encouraged to learn about the medications consumed by seniors and to take an active role by questioning health care professionals and reporting side effects.**

**Medication dosage levels appropriate to older seniors be determined by thorough testing.**

**Compliance problems due to the labelling or packaging of medications be clearly identified and addressed.**

#### **4.3 Incontinence**

*I began having some problems holding my urine a few years ago. It's gotten worse recently. In the morning I have to rush to get up after I wake up, otherwise I wet my bed. I'm afraid of falling when I move too fast. When my husband was alive he had the same problem.*

*When we would go out I tried to make sure we were sitting near the washroom so that he could get to it quickly. It was really difficult and we ended up not going out much.*

*(87-year-old widow living alone in her apartment)*

Incontinence is one of the most psychologically disturbing health problems among older seniors. It can seriously limit mobility and lead to social isolation and depression due to embarrassment and shame. The prevalence of incontinence rises sharply with age. It has been estimated that it is a problem for 5 to 15% of seniors in the community and for 40% of hospitalized patients.<sup>31</sup>

Along with dementia, incontinence is one of the major causes of admission into nursing homes. It is cited as a major difficulty for informal caregivers. Estimates indicate that approximately 75% of all residents of long-term care facilities are incontinent to some degree, whereas about half are assessed as being totally incontinent.<sup>32</sup>

Research indicates that many community-dwelling seniors who are incontinent have not consulted a doctor about their problem. When incontinence is brought up with a health care professional, the problem is not always assessed and investigated properly and adequate counselling is not always provided on treatment and management.<sup>33</sup>

Older seniors who are incontinent or their caregivers may adopt the use of absorbent materials prematurely, assuming that incontinence is a normal part of aging. In institutions, the use of indwelling catheters to cope with incontinence can lead to urinary tract infections, bladder atrophy or sphincter damage. Incontinence has been shown in 45% of cases to lead to increased skin infection and to pressure sores among the bed-ridden. Yet 80% of incontinence is estimated to be treatable and management techniques can help with the other 20% of cases. Behavioural management techniques include scheduled toileting and periodic reminders. Coping strategies like making toilet facilities more accessible and clothing more easily opened or removed have also been found to be effective.<sup>34</sup>

**NACA recommends that:**

**Physicians and other health care professionals receive adequate training to identify and assess problems of bowel and/or bladder incontinence and to provide older seniors and their caregivers with information and counselling about the treatment and management of incontinence, including exercises, environmental adaptations and behavioural management.**

## 5. MENTAL HEALTH

Mental health is a primary factor in the quality of life of older seniors. It is directly related to the individual's capacity to remain autonomous in the community. It reflects the ability to cope with life's challenges and to attain a level of self-fulfilment and life satisfaction.<sup>35</sup> Two of the most common and debilitating mental health problems among older seniors are depression and Alzheimer's disease and related dementias.

*I guess the biggest advantage to being 94 is having lived during the most exciting time in history. I know so much and my brain functions well. That lets me argue with my grandchildren who are university graduates. Sometimes they think they have all the answers and I can say from experience: "It sounds good but it doesn't work that way."*

(94-year-old widower living in a seniors' residence)

*Being 81 is mentally fine, physically not so great. I don't see people I don't wish to see. I don't have to go to parties I dislike, I don't have to use nail polish. I don't have to get dressed-up unless I want to. I can be vocal. You mellow, you know. Very few things upset me now. I don't get stressed often. I have disengaged from acquaintances and just concentrate on a few friends.*

(81-year-old single woman living alone)

### 5.1 Depression

*When my wife died four years ago, I thought that there was no more reason for me to go on living. Things really looked black to me. My children and my brother and sister-in-law tried to help but I just didn't feel anything anymore. I lost a lot of weight and slept all the time. My doctor gave me some medicine and, little by little, I began to take interest in life again.*

(92-year-old widower living in his own apartment)

Although estimates vary, approximately 13% of community-dwelling seniors 85+ and 30-40% of seniors living in institutions have some degree of depression, making it one of the most prevalent psychiatric disorders in the elderly. Widely varying degrees of depression are found among older seniors, ranging from transitory depressive symptoms related to difficult life experiences such as widowhood, serious illness or the obligation to move into a long-term care facility, to critical states of major depressive disorders in which the individual's self-esteem is severely deteriorated.<sup>36</sup>

Depression is often underdiagnosed and undertreated. It is particularly difficult to diagnose among older seniors because it is "masked" by other problems such as insomnia, extreme fatigue, loss of libido, alcoholism and loss of appetite. When very elderly patients complain of various "non-specific" problems that do not seem to have a physical basis, physicians may exclude depression as a possible problem, in particular if they are unaware of its prevalence or consider its manifestations to be a normal part of aging. Older seniors often do not wish to admit to being depressed but prefer to talk about being anxious or nervous, having some physical problem or having difficulty remembering things or concentrating. Since physical illness may also often be an antecedent to depression among older seniors, physicians often focus on physical symptoms and neglect the depression. Depression, therefore, is often confused with dementia, anxiety neurosis, some other physical disorder or even normal age changes. The erroneous conclusion that an older senior's problem is medical may lead to unnecessary testing and treatment, in addition to the negative consequences of lengthy hospital stays and of failure to treat the depression. Older seniors also tend to refuse psychiatric services because of the stigma attached to "emotional illness".<sup>37</sup>

**NACA recommends that:**

**Physicians and other health care professionals receive the proper training and opportunities for continuing education to enable them to recognize, assess and treat problems of mental health, in particular depression, among older seniors.**

**5.2 Alzheimer's Disease and Related Dementias**

*I moved in here basically because of some minor problems. I'm OK because I still have "all my buttons" but I find my memory gaps maddening. I am beginning to forget words as well. That scares me a lot because I see what some of my friends have become in here. They began just like me, forgetting things.*

*(86-year-old widow living in a long-term care facility)*

*I forget things so often. Sometimes I can't remember why I've left one room and entered another. I try to make lists of things I need to remember but that doesn't work either because I forget where I put the list. I really think I'm losing my mind.*

*(82-year-old widow living in a long-term care facility)*

About 25-30% of seniors 80+ (40% of those 90+) have some type of dementia, defined as gross intellectual impairment having a major impact on the ability to function. The most common and well-known form of dementia is Alzheimer's disease (AD), although others forms of dementia such as multi-infarct or alcohol-

related dementias also occur among older seniors. Approximately 200,000 Canadians were diagnosed as having AD in 1991. According to current projections this number will more than double by 2011, rising to nearly 500,000 individuals in Canada.<sup>38</sup>

Coupled with the increase in number is an increase in the length of time during which support will be needed, as the disease progresses much slower among seniors who begin to develop AD later in life (after 70) compared to those who begin to show symptoms before age 60. This presents a serious challenge to families and to the community service sector who recognize the challenges of caring for a person with AD at home. For families, the challenge is to maintain these seniors in a familiar living environment to enhance their quality of life and to maximize the opportunity for participation in meaningful activities while avoiding the burnout that this type of caring can entail. Many family caregivers also experience increased isolation from both family and friends as the number of visitors drops off because of increasing behavioural disruptions on the part of their care recipient.<sup>39</sup>

For the community service sector, the challenge is to provide resources such as day care centres, senior centres and other respite-type services that are adapted to the special needs of persons with AD. These can represent a welcome relief to these caregiving families. It has been estimated, in fact, that approximately 20% of the clients of day care centres in Canada have some form of dementia and there is a serious lack of adequately trained staff to work with these clients.<sup>40</sup>

Alzheimer's disease also presents a major challenge to long-term care facilities since most people with this disease will spend at least a portion of their final years in an institutional setting. It has been estimated that over 50% of residents in these facilities have some form of dementia. Since most of these facilities were not planned to house individuals suffering from serious cognitive disabilities like AD, their physical design and programs and activities are rarely adapted to the needs of this clientele. Their staff has often not been appropriately trained. Issues such as the use of shared facilities between cognitively-impaired seniors and others who are not cognitively impaired, the burnout of staff working in "special dementia wards" and the use of physical or pharmaceutical restraints to control behaviourally disruptive demented patients have not as yet been resolved and require concerted research efforts.<sup>41</sup>

**NACA recommends that:**

**Community resources such as day care centres and other forms of respite and support services be developed and staffed by individuals trained to support and enhance the informal caregiving of families of persons with AD or other forms of dementia.**

Care facilities adapt their staff training, their programs and activities and their physical environments to the special needs of persons with AD or other forms of dementia.

Increased funding be provided for both basic and applied research into the causes and treatment of AD or other forms of dementia.

## 6. RESIDENTIAL SITUATIONS

The residential situations in which older seniors live are extremely important for their well-being. Their mobility is often limited so that they spend much more time at home than younger seniors and they often lack the resources or the energy to transform unsatisfactory elements of their immediate environment. They are much more vulnerable to the conditions of their surroundings. To avoid excessive dependency older seniors need an environment that supports their independence or "enables them" to maximize their autonomy. The lack of an enabling environment adds to the older senior's sense of dependency and to the public perception of their frailty.

### 6.1 Housing in the Community

*We moved into this high-rise apartment building because we wanted to be close to lots of shops and amenities. If my wife's health continues to deteriorate we may need to move to a unit for handicapped persons so that her scooter can fit in. Coping with the two heavy doors in the basement parking area so she can get out to the street with her scooter is also really difficult. The result is that I need to drive her everywhere, whereas I know she would like to be independent.*

*(80-year-old man living with his spouse in an apartment)*

*It's lonely living alone now that my husband is dead, but I like being surrounded by memories of him and of our life together. I also like having plenty of room when the children and grandchildren visit but it isn't easy to keep the house clean and tidy the way I like it.*

*(83-year-old widow living alone in her own home)*

The majority of older seniors continue to reside in the community and prefer to do so as long as possible. The proportion of seniors who live alone is rising, especially among the female population. In 1991, over two-thirds of community-dwelling women 80+ lived alone.<sup>42</sup> Research has repeatedly shown that sharing one's residence with another person increases the likelihood of mutual assistance. In fact, extreme old age and living alone are two factors that have been found to be closely associated with entry into a long-term care facility.<sup>43</sup>

Individuals in their 80s and 90s often find that their housing becomes increasingly less adapted to their functional capacities as they age. To provide options in community living for these older seniors there is a trend toward assisted housing that allows for maximum independence while providing services as needed. This often means incorporating new technologies that are of assistance to residents with special needs or allowing for their installation at a later date. Another important trend involves "universal design" housing, in which certain essential features (bathroom facilities, countertops and cupboards) are designed to accommodate the needs and abilities of all categories of occupants. Home builders who are keenly aware of future market trends, are increasingly conscious of the need to reconsider traditional housing designs created with the average, fully autonomous 30 to 40-year-old in mind.<sup>44</sup>

These developments can be seen as part of a growing realisation that there needs to be an integrated system of continuing care, including housing, social services, transportation and health care, to truly respond to the needs of frail seniors in the community. However, most of this development has occurred in the private sector where the prices are often prohibitive for low-income seniors. Only approximately 2% of community-dwelling seniors, even among the very old, live in housing that provides special services such as meals.<sup>45</sup>

About 50% of older seniors change their housing status (homeowners vs. renters) to adapt to increasing age, moving to a house or, more often, to an apartment that is smaller and requires less upkeep. The other 50% remain in their homes until serious physical problems or the death of a spouse or other caregiver forces a move.<sup>46</sup>

Most of the housing owned by older seniors tends to be older and in need of repair or maintenance. The upkeep of their homes and yards is of particular concern to older seniors to maintain the value of their homes and for their own self-esteem and their image in their community. Older seniors often find it very difficult to do this upkeep themselves and the costs of home repairs and yard maintenance can be very expensive, especially since most homes owned by seniors are older. Older seniors are sometimes afraid of "being taken" by unscrupulous repair or home maintenance contractors.

The popularity of the Residential Rehabilitation Assistance Program (RRAP) also points to a definite need for extensive modifications in existing homes to adapt them to seniors' changing needs. The Canada Mortgage and Housing Corporation (CMHC) has recently received additional funding to implement home modification programs for the frail, older senior as part of the National Strategy for the Integration of Disabled Persons. A pilot program called the Home Adaptations for Seniors' Independence (HASI) program has been developed to help low-income

seniors pay for minor adaptations so that they can extend the time they can live independently in their own homes.<sup>47</sup>

In addition, new financial options have begun to appear in Canada intended to make it possible for senior homeowners to remain in their homes while at the same time providing them with added income that they can use, for example, to assure home maintenance and adaptations or to buy needed services. Most are variations of reverse mortgages which allow individuals to take out a mortgage on their principal residence and defer any repayment. This is potentially a very important source of income and security for the approximately 330,000 homeowners in Canada who are 80+.<sup>48</sup>

**NACA recommends that:**

**A wide range of low-cost supportive housing options, including group homes with services, be developed that are adapted to the needs of frail older seniors.**

**Communities maintain and make available to older seniors lists of reputable and trustworthy persons to do home repair work, lawn maintenance, etc.**

**Older seniors be offered appropriate counselling so that they can evaluate and make choices about the financial options available to them with regard to drawing income from their homes.**

## **6.2 Home Care**

The ability of many older seniors to cope and maintain their autonomy in the community despite physical disabilities or activity limitations is due to the support of others. About 80% of that support is provided by family members, friends and neighbours.

Many older seniors also depend on formal home care. The home support sector will surely grow due to the increased emphasis on helping seniors remain in their homes, hospitals' discharging patients earlier and treating them on an outpatient basis and the sheer numbers of seniors potentially requiring these services in the future. Home support services are provided by the public sector, community organizations and private agencies. They can include a broad range of services from baths and meal preparation to intravenous feeding and respiratory therapy. About 25% of those receiving home support in the community are 85+.<sup>49</sup>

The issue of the cost-effectiveness of home support services is still subject to debate but two conditions seem to be necessary to maximize the cost-effectiveness

of home care in the short term: strictly targeting services to clients who are really at risk of institutionalization; and assuring integration of the community and the institutional sectors. Many provinces have chosen to pursue these goals through a decentralized and integrated health and social service system with a single point of entry and case-management services to assure accessibility and continuity. This is particularly crucial in the case of older seniors whose needs are complex, vary widely and change very quickly or who require continuing or repeated highly specialized medical input and frequent admission to hospital.<sup>50</sup>

A recent development in home care is the palliative care team who specializes in assisting both terminally-ill seniors who wish to die at home and their family members. Although the treatment of these patients is often restricted to pain control, these teams also provide moral or spiritual support to dying patients and to their family members. The development of these services is particularly important for older seniors, among whom a high percentage of deaths occurs.<sup>51</sup>

**NACA recommends that:**

**Adequate home support services be developed that are integrated with institutional and other community services, with a single entry point to provide maximum accessibility, ensure a continuum of care, and include palliative care for seniors who wish to die at home.**

### **6.3 Long-term Care Facilities**

*When my wife had her stroke, she spent almost a year in a hospital. I lived alone and was terribly depressed. When we both got accepted here I was really glad to be with her again. I have to admit that living like this with her is sometimes depressing for me. We only have one room and the children can't come very often. But I've adapted. At least I'm not lonely for her anymore.*

*(87-year-old man living in a long-term care facility with his paralysed spouse)*

*My eyesight and ability to walk are very bad. I have a hard time getting around. But I am feeling alright because I have enough money, thanks to my pension, and I am in a home where people look after me. I don't have any family but like being here because everyone is a friend.*

*(90-year-old single man living in a long-term care facility)*

*They take care of me here but they don't do it the same as I would myself. I can't take care of myself because I'm all "crippled up". Sometimes I think this place is run more for the convenience of the staff than for the residents. I resent having to go to bed so early just to suit them.... I only have \$90 a month to get by on. That is not very much. It is very hard for me to take a car or a bus to go anywhere.*      (86-year-old widow living in a long-term care facility)

Despite the growing emphasis on community services in long-term care and sheltered housing for those who are more autonomous, it is likely that the need for long-term care facilities or institutions<sup>52</sup> will continue to grow with the increase in the very old population. Sixteen pourcent of seniors 75+ were residents of institutions in 1991. This proportion increases rapidly with age. About one-third of those 85+, including 41% women and 28% men, were living in long-term care facilities in 1986. A relatively high percentage of older seniors will likely continue to spend the last years of their lives as residents of these institutions. This is particularly true for those older seniors who live alone or who feel insecure and vulnerable because of physical health problems and for those whose cognitive deficits make independent living difficult or impossible.<sup>53</sup>

Issues concerning the quality of life in long-term care settings are very important for the older senior population. Seniors residing in these facilities wish to be respected as individuals and to exercise their autonomy as much as possible. Although individualized client assessments and care plans have been shown to be essential prerequisites for quality care, they are not always implemented. In some cases, the level of resources and personnel to maximize restoration and maintain activity may not be adequate.<sup>54</sup>

Many seniors in long-term care facilities also wish to maintain as much continuity with their previous lives as possible. Separation from a spouse when serious physical or cognitive disabilities oblige the other to enter a long-term care facility, is often a very brutal and traumatic break in continuity with the individual's past. Fortunately some facilities have the flexibility to allow couples who wish to continue living together to do so. Seniors also often wish to maintain ties with their family members and friends outside the facility and with their communities. This may be difficult because staff time to provide support for these activities may be quite limited, the location of the facilities may not invite community participation or transportation may be scarce and expensive to organize given the serious levels of disability of some residents. Access to community resources such as churches, stores and senior centres may also be difficult for disabled seniors. Increasing numbers of care facilities invite members of the community to bring their services or activities to residents who may find it difficult or impossible to go out to them. These include stores, churches or synagogues, community groups who organize rummage or bake sales and school

groups. This kind of initiative makes it easier for seniors to maintain their sense of integration and their ties with the community as well as allowing them to purchase items for their own use or gifts for friends and families.<sup>55</sup>

Individual preferences and habits are not always respected with regard to daily routines in institutional settings. Administrative rules about scheduling are sometimes very rigid and oblige people to eat, bathe, go to bed and get up at hours that are not of their choice. The participation of clients in decision-making about the menu-planning and activities within the institution is not always encouraged.<sup>56</sup>

Of special concern is the impact of long-term care on seniors of various cultural backgrounds. Entry into a nursing home or chronic care hospital can produce negative effects for anyone, but the experience of seniors who have lived out their lives in a particular cultural environment may be especially difficult. Being constrained to live in an environment that is not culturally familiar or "comfortable" can be very stressful. Problems of basic communication may lead to high levels of anxiety for both the residents and the staff. These older seniors can be seen as experiencing three major losses: that of family, of culture and community. When the increased vulnerability due to physical or mental frailty is added to these losses it is clear that these individuals require special support to cope with this challenge.<sup>57</sup>

**NACA recommends that:**

**An individualized assessment of each client's abilities and needs be the basis for the design of care and service plans in long-term care facilities. These plans should include restoration and maintenance of activity as appropriate.**

**The environmental conditions, staffing levels and training of personnel working in long-term care facilities be sufficient to respond to the needs of the clients they are serving and the staff be regularly reminded to have as their goal the respect for the autonomy of their clients.**

**Couples who wish to do so be permitted to continue living together or in close proximity in a long-term care facility, even if only one requires admission to the facility, provided that this arrangement does not lead to a deterioration of the health of either partner. In addition, the unimpaired spouse should be closely involved in care planning and in care provision as appropriate.**

Community institutions (e.g., churches, businesses and stores, community centres) facilitate access for older seniors living in long-term care facilities so that they are able to maintain their contact with the community. This can be done, for example, by accommodating older seniors' physical disabilities and particular needs (lighting, toilet facilities, auditory assistance, furniture), or by bringing their services or activities into the long-term care institution.

Services be established in long-term care facilities, wherever appropriate, that respect the values and traditions of residents who are members of native or ethnic communities and that a system be developed to assure that verbal communication is possible with these clients.

## 7. TRANSPORTATION AND MOBILITY

*I can drive into town to see my old friends because I still have my license. But I am afraid I may not be allowed to keep it. There is no local bus transport and there are not shops or amenities nearby. For six months a year the snow and cold make the winter hard and sidewalks slippery."*

(82-year-old widow living in a large housing complex for seniors)

*When my driver's license was revoked, it was a terrible loss of independence. I just don't have the money to spend on taxis and am too frail to use public transportation. My friends get tired of taking me where I need to go.*

(89-year-old widow living alone in her own home)

*I had to give up driving my car voluntarily eight years ago. I'm very frail now and things have gotten worse since I fractured my hip last year. I can get into a car fairly well but riding on city streets is very rough on my back. Also any sudden stops and starts are very painful. Buses are impossible because of my back pain and the height of the steps.* (92-year-old widow living alone in her apartment)

The availability of transportation is a key element in the quality of life of older seniors. Being able to get out to see friends, shop or visit a health professional, in winter as well as in summer, remains closely tied to life satisfaction.

Transportation is an especially difficult problem for older seniors in rural areas and in small towns, which have a higher than average proportion of persons aged 80+. Between 25 and 30% of seniors living in small towns do not drive a car.

Many are older widows who have never learned to drive or women whose husbands have developed a disability that makes it impossible for them to drive. These older seniors report serious restrictions in their daily lives due to lack of transportation. Public transportation or other forms of collective transportation such as taxis are not always available, they are rarely adapted to the special needs of frail seniors and their cost is often prohibitive. Some communities have developed alternative options, including volunteer car-pools, subsidized taxis for certain target populations and the use of school buses outside of school hours, but these are not common.<sup>58</sup>

Those older seniors who are able to drive cherish their licenses and dread the days when physical disabilities may mean a revocation of their license. However, although they drive much less than their younger counterparts, they are responsible for more accidents on a per-kilometre basis. Over 80% of drivers 75+ were assessed by the Insurance Corporation of British Columbia as being at least 50% responsible for the accidents in which they were involved, compared to 68% of drivers aged 65-74.

Problems of visual acuity and speed of reaction time are often to blame for accidents involving older seniors. Many testing centres do not have the equipment necessary to adequately test the reaction time of older drivers. In addition, highway signs are designed for drivers with a visual capacity that far exceeds that of the majority of drivers over 80. At night the problem is even worse since night vision and glare resistance decline sharply with age. The adverse influence of medications may aggravate the problem. Some of these difficulties can be offset by adjustments in driving habits (driving at reduced speeds, not driving at night or when using certain medications) that many older seniors have adopted, as well as by improvements in driving skills. Many seniors have welcomed driver refresher courses which help them meet the challenges of driving under present-day conditions and learn to adapt their driving techniques to their physical capacities. Unfortunately, some seniors hesitate to make use of these courses fearing that somehow they will lead to their licenses being revoked, if their driving skills are judged inadequate. These fears are completely ungrounded since these courses are organized through provincial Safety Councils which are non-governmental. More importantly these courses will help older drivers improve their driving skills to avoid accidents.<sup>59</sup>

Making it possible for older seniors to keep their driver's licenses is also important for others in their communities. Seniors who drive often provide transportation services to others, often their peers. A Statistics Canada survey reported that 18% of community-dwelling men 80+ provided transportation services to others in the preceding six months.<sup>60</sup>

Many older seniors enjoy walking and they are encouraged to do so to promote their physical fitness. However, seniors 75+ have over twice the pedestrian fatality rate of any age group in Canada and many of these accidents occur because they cross the street outside of the crosswalk. If an accident is not fatal, they are much more likely than their younger counterparts to be seriously injured and to require lengthy hospitalizations. Sensory problems (sight and hearing) do not seem to be as debilitating to older pedestrians as to older drivers but environmental conditions, such as crosswalk design and road signs, uneven sidewalks, and conditions due to inclement weather can have a serious impact on their safety.<sup>61</sup>

NACA recommends that:

**The appropriate municipal, provincial, territorial or federal authorities make the necessary design changes to roadways, intersections and highway signs (e.g., size of lettering and placement of signs), and ensure the proper maintenance of sidewalks and bus-stops to improve the safety of older seniors who are pedestrians, bus-riders or drivers.**

**Regular or alternative public transportation systems and adapted transportation systems for disabled seniors be made more widely available, particularly in small towns and rural areas.**

**Driver refresher courses be widely available to all 80+ seniors who wish to continue driving and that these seniors be periodically tested to verify their visual acuity and their reaction time in complex situations.**

## **8. INTERPERSONAL ISSUES**

The network provided by family members and friends is often an important source of support and assistance as well as an opportunity to exchange services for people of all ages and older seniors are no exception. Strong social networks seem to cushion individuals from some of the most psychologically disturbing effects of life's stresses.<sup>62</sup> Most older seniors turn to the "informal sector" as their main source of support, receiving assistance as well as providing it in areas as varied as physical care, emotional and psychological support, financial aid, practical help, and leisure activities. Family members and friends can also be important sources of information and serve as mediators or facilitators in older seniors' dealings with service providers and government "red tape".<sup>63</sup>

## **8.1 Family and Social Relations**

As the older seniors age, family and friendship ties may become scarce and the availability of potential caregivers may be more limited. Since they frequently live alone, older female seniors may have fewer sources of potential social and physical support. Those who have weaker family ties are certainly more likely to live in a long-term care facility.<sup>64</sup>

Approximately 80% of the assistance that community-dwelling seniors receive comes from family members and friends. For the 68% of community-dwelling men 80+ who are married, this help is most likely to come from their spouse. For community-dwelling women 80+, two-thirds of whom are widows, the most frequent source of support is a daughter. A husband is the second most frequent source of caregiving. If neither is available, a son is often the one to provide the needed assistance, followed by siblings and friends.<sup>65</sup>

For those who do continue to have strong family and friendship ties, there is often an ongoing exchange of services. Older seniors usually provide baby-sitting services (women) and home maintenance and yard work (men) to other family members.

## **8.2 Marital Relations and Widowhood**

*We were both teachers and retired together. We are really enjoying this period of our life together. I love my flower and vegetable garden. My wife plays the organ at our church. We are both involved in seniors' activities a lot and go out together very often. We've discussed buying a condo and have considered a continuum of care community. More than anything we want to stay together.*

*(91-year-old man living with his spouse in their own home)*

*I've been living here alone since my husband died two and a half years ago. My health has greatly improved since my husband died. His last few years were very tiring. I don't think I slept through the night more than twice a week for over four years.*

*(82-year-old widow living in a seniors' housing complex)*

An intact marriage in later life is among the best guarantees of proper health care, good nutrition, social connectedness and avoiding institutionalization for older seniors. Since women generally marry men three to ten years older than themselves and have a life expectancy about seven years longer than men, older married women are those most frequently called on to provide caregiving services to their spouse. This happens at a period of their lives when their physical capacities may well be reduced. The situation of these older female caregivers

merits particular attention since their efforts over the long term may lead to a complete depletion of their psychological and physical resources. The danger of possible abuse or neglect on the part of the caregiver, whether intended or not, may be quite real. The formal support system may end up having to care for two patients instead of just one.<sup>66</sup>

As mentioned earlier, widowhood is relatively common among older seniors, especially among women. In 1991, 33% of men 80-84 were widowers compared to 67% of women in the same age group. The gender gap is much smaller among those 85-89. In this age group, 54% of men and 71% of women are widowed. Research indicates that after an initial and sometimes very difficult period of adaptation, most women tend to adjust to widowhood more easily than men, despite the fact that they are economically more disadvantaged. Widowers, on the other hand, are often financially more secure but have a more difficult time adjusting psychologically.<sup>67</sup>

**NACA recommends that:**

The limits in the capacities of older seniors to provide care to their spouses be recognized and that they be offered adequate support through respite care, day care centres, multi-purpose senior centres and other home support services.

Older seniors who are recently widowed are offered special counselling and practical support, with particular attention to the needs of older widowers.

### **8.3 Children, Other Relatives and Friendship Ties**

*I feel a lot more vulnerable since my husband's death. I count on my children for help. If they do not provide the assistance I need I will have to leave my home. I can't climb the stairs as well as before. I can't go out. I can't even go to church.*

*(86-year-old widow living alone on the second floor of her home (first floor rented out))*

*I'm "involved" in the support of my brain-damaged daughter, who is now middle-aged and lives in a long-term care institution a few blocks away from our home. I bring her home once a week and my wife visits her every day.*

*(80-year-old man living with his spouse in their own home)*

*I really mourn the loss of my friends. I miss most of all having someone to share news or encounters, reports of the day when I*

*return from shopping or an outing. I sometimes find myself saying "I must tell Mary about that" and then I remember that she is no longer around. We used to be a close group of six and now I am the only one left.*

*(87-year-old widow living in a seniors' housing complex)*

Family members and friends can provide both emotional and practical support to many older seniors. Today's cohorts of both younger and older seniors have a relatively large pool of offspring (children and grandchildren) to whom they could theoretically turn for support.<sup>68</sup> Of course, many factors including geographic location, style of family or friendship relationships, health and economic status may influence the ability and willingness of family members and friends to provide help at any given time.

In 1991, 63% of community-dwelling seniors aged 80+ had two or more living children. Cohabitation between generations is not as rare as one might imagine. Approximately 15% of seniors 80+ live with one or more children. This proportion was about twice as high for women (19%) as for men (9%). Cohabitation is often a guarantee of assistance and security as well as a safeguard against isolation and loneliness.<sup>69</sup>

Approximately 74% of those 80+ living in the community have at least one living sibling. The frequency of their contacts is quite high. Approximately 13% said they had some form of contact with one or more of their siblings at least once a week and 18% reported at least monthly contact.<sup>70</sup>

Not surprisingly, friendships are retained despite advancing age. In a survey of community-dwelling seniors, 48% of those 80+ said they had two or more close friends. The frequency of contact with friends was again quite high among older seniors. While 15% said they had daily contact with one or more friends, 42% said they had contact at least once a week. Siblings and friends who are age peers can often provide familiar reference points, shared history, and common values in addition to multiple forms of assistance and mutual aid. Studies have shown, however, that friends are usually not frequent sources of long-term personal care. A common experience among the very old is that of having outlived many of their family members and friends and having a much more limited pool from which to choose when they move into their 90s.<sup>71</sup>

The relations between older native and ethnic seniors and their family members present a special challenge. Social and health services agencies often assume that these groups have no need for their services, expecting that traditional norms of filial and inter-kin responsibility will assure a high level of cohabitation and assistance to elderly parents who are kept within the extended family group despite extreme old age and serious incapacities. It is likely that in the future the

needs of the older seniors in native and ethnic communities will require more demanding and more complex care than kin members can provide. Many of these groups are already expressing the need for the same facilities and services as other older Canadian seniors, provided within a context or with elements of different cultural traditions.<sup>72</sup> More research is necessary to determine the level of cultural accommodation that is required by these individuals. Several factors must be taken into consideration including the number of years spent in Canada, the age at which immigration occurred and fluency in one of Canada's two official languages.

**NACA recommends that:**

**Formal service providers recognize the limits in the availability and capacities of children, other relatives and friends as informal caregivers as well as the fact that some older seniors do not have reliable sources of informal support.**

**Assumptions about norms of family support in native and ethnic communities not lead formal service providers to neglect providing adequate and culturally sensitive care and support services.**

## 9. ETHICAL ISSUES

*I want to continue living alone. My children worry about me and call often. They've invited me to live with them but I want to stay here as long as I can. They pitch in to help me pay every month to have Lifeline services so I can get help quickly in case anything happens to me.*

*(79-year-old widower living alone in his apartment)*

*I had lost the sight in my right eye many years ago and began to lose sight in the other eye about eight years ago. As my eyesight became worse I became depressed. I hesitated to have an implant because of the experience of one of my friends whose implant had failed. But when I could hardly see at all I changed my mind. My life has been transformed and I feel alive again. I feel there is a purpose for living and enjoy every day now that I can see.*

*(94-year-old widower living in a seniors' residence)*

The situation of many older seniors gives rise to several ethical issues that are especially pertinent to the quality of life of this population group, both now and in the future. These include the choice to live "at risk" despite increased frailty; the incidence of abuse involving older seniors; older seniors' right to participate in decision-making about the health and social care they receive and to refuse

treatment; substitute decision-making in cases of incapacity; and the criteria used in limiting access to services.

Making choices about how to live out one's life is basic to the individual's sense of self-esteem and dignity. In the case of older seniors their basic security is often an issue and their right to choose to live "at risk" is sometimes questioned in a way that would never be acceptable in the case of a younger adult.

The issue of abuse of older seniors, whether physical, emotional or financial, is receiving increased attention. Estimates of the incidence of abuse and neglect of seniors vary between 3-5%, although it is generally recognized that these figures probably underestimate the reality. Very old, dependent seniors whose health is frail are among the most vulnerable to abuse. The stressful task of caring for older seniors who are mentally impaired or physically very disabled has been shown to sometimes lead to a cycle of violence in which caregivers react through abuse to a situation in which they perceive themselves to be victims or in which they have, in fact, been abused. This points to a serious lack of training and support for informal or formal caregivers who are faced with very demanding tasks.<sup>73</sup>

Choice about medical treatment is another issue of major concern to older seniors. Modern ethics and law require that physicians disclose their diagnosis, their prognosis and the options available to patients. After making recommendations they must receive informed consent before treatment. Normally this procedure assures that patients are protected against any unwanted intervention but the frail health and diminished cognitive abilities of some older seniors complicate the procedure. As well, decisions may have to be made very rapidly concerning the use of technology to revive or provide life support to extremely frail individuals. Issues about substitute decision-making often arise in this context. It is important to examine the basis on which decisions are made and the roles of the individual, family members and professionals in making them.<sup>74</sup>

Rationing of health care using age as the sole criterion is clearly not acceptable, but "triage" or limiting access to services based on the expected efficacy of health care interventions is quite another matter. There appears to be a general agreement that an intervention is justified when there is some reasonable expectation that it can have a positive impact on the health status or quality of life of the patient, but it remains to be determined what a reasonable expectation actually is.<sup>75</sup>

Canadian society cannot avoid addressing these ethical issues as well as other life and death issues, like active and passive euthanasia, living wills, and advance directives that have received so much media and public attention over the past years. Some positions may be found to be clearly in contradiction with the basic principles of respect for human life upon which Canada is founded and with

the codes of practice of professional associations. But others may be found to be reasonable and acceptable solutions to very real problems. It is urgent that these issues be the object of serious public debate and that they be resolved based on shared societal values and standards.

**NACA recommends that:**

**The rights of older seniors to choose to live "at risk" be respected as long as the senior is not found to be incompetent and is not likely to harm anyone else.**

**The varied forms of abuse involving older seniors, as victims or perpetrators, be recognized as such and properly understood and that methods be developed to deal with this abuse effectively to prevent further occurrences.**

**Public debate be encouraged and include the views of older seniors themselves, to clarify individual, community and societal standards concerning ethical issues such as living wills, advance directives, rationing of health and social service resources and euthanasia; and that necessary mechanisms be put in place to implement the resulting decisions.**

## **CONCLUSION**

*When you get to be my age you appreciate every day you wake up. I still have lots of things I want to do and feel that time is running out. It's frustrating but I know that I have to accept growing old. I'm not afraid of dying but I'm worried about where my wife and I will go if we become seriously ill and dependent.*

*(82-year-old man living with his spouse in an apartment)*

*I am doing more now than I ever dreamed possible. It is incredible and so rewarding. I'm being listened to.... My experience before had been that people over 80 are looked at askance when we behave normally. If I take someone to task for some home support policy it leaves them stunned. When I ask awkward questions the response often is: "You are too old to be speaking like that."*

*(82-year-old woman living in an apartment with her spouse)*

Historically, Canada has never had as many seniors 80+ as it has today and this population group will certainly grow quite rapidly in future years. These seniors represent an extraordinary variety of individual strengths and weaknesses, of life experiences ranging from resounding success stories to tragic failures. They are

living pages of history from whom all members of society can learn. It is essential to call on the deep-rooted sense of solidarity between generations within families and communities and across the nation to remind Canadians of the accumulation of the contributions of the past and the common stake we all have in one another's well-being.

There is no doubt that many older seniors are going to need assistance and support. In other words, they will be dependent on others in some areas of their lives. But this is, of course, a question of degree and perception, since independence is a continuum of varying degrees of self-determination. In fact, most older seniors, like other members of the society, live quite interdependently and in situations characterized by reciprocity rather than in real and total dependency. This fact must be underlined. Seniors have said that the really painful dependency results from needing the help of others while being unable to negotiate the terms of the help received.

Canada can be proud of its achievements in extending the life expectancy of its senior population. The next step is to assure that the extra years provided to our oldest seniors are fulfilling and rewarding and that the quality of their lives is maintained.

## NOTES

- 1) The 65-74 age group has generally been labelled "the young elderly", whereas "older seniors" have been defined variably as those 75+, 80+ or 85+. This paper focuses on the 80+ but, as appropriate or according to the statistical data that is available, distinctions are sometimes made based on other age groupings within the older senior population.
- 2) Laforest, J. (1989) *Introduction à la gérontologie: Croissance et déclin*. Ville La Salle, Qc: Hurtubise HMH.
- McPherson, B. (1990) *Aging as a Social Process: An Introduction to Individual and Population Aging*. Second edition. Toronto: Butterworths.
- 3) National Advisory Council on Aging. (1991a) *The Economic Situation of Canada's Seniors*. Ottawa: the Council.  
National Advisory Council on Aging. (1992a) *The NACA Position on Managing an Aging Labour Force*. Ottawa: the Council.
- 4) Gutman, G. ed. (1992) *Shelter and Care of Persons with Dementia*. Burnaby, B.C.: Gerontology Research Centre, Simon Fraser University.  
National Advisory Council on Aging. (1992b) *The Quality of Life in Long-Term Care Institutions: A Concerted Approach*. Writing in Gerontology No. 12. Ottawa: the Council.
- 5) McPherson, op. cit.
- 6) McDaniel, S. (1986) *Canada's Aging Population*. Toronto: Butterworths.
- Lesnoff-Caravaglia, G. ed. (1987) *Realistic Expectations for Long Life*. New York: Human Sciences Press.
- 7) Poon, L. ed. (1992) *International Journal of Aging and Human Development*, 37, 1. (Complete issue dedicated to the Georgia Centenarian Study).
- 8) Statistics Canada. (1992a) *Age, Sex and Marital Status: The Nation*. Catalogue No. 93-310. Ottawa: Statistics Canada.  
Beaujot, R. (1990) "The Challenge of Changing Demographics," *Policy Options*, Vol. 11 , No. 10: 19-22.

- Perreault, J. (1992) "Me a Centenarian? Why not!" *Census of Canada 91-Short Article Series*, 2: 1-4.
- Hill, G. (1990) "Mortality of the Elderly in Canada: Cohort Trends," *Chronic Diseases in Canada*, 11, 1, January: 1-3.
- Statistics Canada. (1991) *Population Projections for Canada, Provinces and Territories*. Catalogue No. 91-520. Ottawa: Statistics Canada.
- 9) Statistics Canada. (1989) *Life Tables, Canada and the Provinces 1985-1987*. Catalogue No. 84-532. Ottawa: Statistics Canada.
- 10) Statistics Canada. (1990) *A Portrait of Seniors in Canada*. Catalogue No. 89-519. Ottawa: Statistics Canada.
- 11) Health and Welfare Canada. (forthcoming 1993) *Aging and Independence: Overview of a National Survey*. Ottawa: Supply and Services Canada.
- 12) Statistics Canada. (1991) *Income Distribution by Size in Canada 1990*, Table 47. Catalogue No. 13-207. Ottawa: Statistics Canada.
- The income limits used as a basis for the classification "low-income" refer to the fact that individuals with incomes below these limits spend, on average, 58.5% or more of their income on food, shelter and clothing. The limits vary by size of area of residence and size of family and they increase annually by the change in the Consumer Price Index.
- 13) Ibid.
- 14) National Council of Welfare. (1990) *Women and Poverty Revisited*. Ottawa: the Council.
- 15) National Advisory Council on Aging (1991a), op. cit.
- The category "government transfers" includes Old Age Security, Guaranteed Income Supplement, Spouses' Allowance and Canada/Quebec Pension Plans.
- 16) Health and Welfare Canada. (1992) *Income Security Programs Monthly Statistics*. Ottawa: Income Security Programs Branch, Programs Statistics Section.
- 17) Erikson, E. et al. (1986) *Vital Involvement in Old Age: The Experience of Old Age in Our Time*. New York: Norton.

- National Advisory Council on Aging. (1990) *The NACA Position on Community Services in Health Care for Seniors*. Ottawa: the Council.
- National Advisory Council on Aging. (1990) *The NACA Position on Lifelong Learning*. Ottawa: the Council.
- 18) National Advisory Council on Aging. (1990) *Understanding Seniors' Independence. Report No. 2. Coping Strategies*. Ottawa: the Council.
- Wong, P. (1989) "Personal Meaning and Successful Aging," *Canadian Psychology*, 30, 3: 516-525.
- National Advisory Council on Aging. (1992c) "Aging and the Meaning of Life," *Expression*, 8, 4.
- Minkler, M. and Pasick, R. (1986) "Health Promotion and the Elderly: A Critical Perspective on the Past and Future," in Dychtwald, K. ed. *Wellness and Health Promotion for the Elderly*. Rockville, MD: Aspen Publishers.
- 19) L'Écuyer, R. (1992) *Le concept de soi des personnes âgées de 80 ans et plus et leurs perceptions de leur autonomie*. Presentation to the members of the National Advisory Council on Aging. May 27.
- McPherson, op. cit.
- 20) McPherson, op. cit.
- Health and Welfare Canada. (1989) *The Active Health Report on Seniors*. Ottawa: Supply and Services Canada.
- Fiatarone, M. and Evans, W. (1990) "Exercise in the Oldest Old," *Topics in Geriatric Rehabilitation*, 5, 2: 63-77.
- 21) Bisch, L. et al. (1989) "Temporal and Spatial Patterns in Stroke Mortality and Morbidity among the Canadian Elderly," *Chronic Diseases in Canada*, 10, 4, July: 63-67.
- Mann, K. et al. (1990) "Postmenopausal Osteoporosis and Fractures," in Goldbloom, R. and Lawrence, R. *Preventing Disease: Beyond the Rhetoric*. New York: Verlag: 212-230.
- 22) Health and Welfare Canada (1993), op. cit.

- Dunn, P. (1989) *Barriers Confronting Seniors with Disabilities in Canada*. Ottawa: Supply and Services Canada.
- Statistics Canada. (1992b) "The Health and Activity Limitation Survey - 1991," *The Daily*, October 13.
- When asked about their ability to cope with their physical disabilities, however, 85% of seniors 80+ said they coped very or fairly well.
- 23) *Chronic Diseases in Canada*. (1988) Special issue "Health Problems of Seniors," 9, 5.
- Simmons-Tropea, D. and Osborn, R. (1987) "Disease, Survival and Death: The Health Status of Canada's Elderly," in Marshall, V. ed. *Aging in Canada: Social Perspectives*, Second edition. Toronto: Fitzhenry & Whiteside: 399-423.
- 24) National Advisory Council on Aging. (1989) *Geriatric Assessment: The Canadian Experience*. Ottawa: the Council.
- National Advisory Council on Aging. (1991b) *Geriatric Assessment and Treatment: Members of the Team*. Ottawa: the Council.
- National Advisory Council on Aging. (1992d) "Treating Illness, Restoring Persons," *Expression*, 8, 1.
- 25) Shapiro, E. (1991) *Manitoba Health Care Studies and their Policy Implications*. Winnipeg: Manitoba Centre for Health Policy and Evaluation, University of Manitoba.
- 26) Barer, M. et al. (1987) "Aging and Health Care Utilization: New Evidence on Old Fallacies," *Social Science and Medicine*, 24, 10: 851-862.
- Rachlis, M. and Kushner, C. (1989) *Second Opinion: What's Wrong With Canada's Health Care System and How to Fix It*. Toronto: Collins.
- 27) Dumas, J. (1986) "Survivre à ses pilules ... dans la dignité," *Les agressions thérapeutiques au 3<sup>e</sup> âge: Le rôle des intervenants*. Les Cahiers des Journées de Formation Annuelle du Sanatorium Bégin, No. 2.
- 28) Barbeau, G. et al. eds. (1991) *Médicaments et personnes âgées*. Saint-Hyacinthe, Qc: Edisem.
- 29) Barbeau, op. cit.

Stewart, N. and Richardson, J. (1989) "A Method to Examine Confusion-Potentiating Medications in Studies of the Institutionalized Elderly," in *Aging and Health: Linking Research and Public Policy*. Chelsea, MI: Lewis Publishers.

Dumas, op. cit.

According to a study based on data from one provincial drug plan, 35% of prescriptions given to individuals 75+ included tranquilizers and sleeping pills, whereas 27% included psychotropic medications.

Tuominen, J. (1988) "Prescription Drugs and the Elderly in B.C.," *Canadian Journal on Aging*, 7, 3: 174-182.

30) Tuominen, op. cit.

Dumas, op. cit.

31) MacLeod, F. (1988) "Adult Incontinence," *The Canadian Nurse*, 84, 8: 45-47.

32) Resnick, N. et al. (1989) "The Psychopathology of Urinary Incontinence among Institutionalized Elderly Persons," *New England Journal of Medicine*, 320: 1-7.

33) Ibid.

34) Barker, J. and Mitteness, L. (1989) "Shedding Light on Nocturia," *Geriatric Nursing*, 10, 5: 239-240.

Flaherty, J. et al. (1992) "Impact on Caregivers of Supporting Urinary Function in Noninstitutionalized, Chronically Ill Seniors," *The Gerontologist*, 32, 4: 541-545.

Resnick, op. cit.

35) D'Arcy, C. (1987) "Aging and Mental Health," in Marshall, V. ed. *Aging in Canada: Social Perspectives*, Second edition. Toronto: Fitzhenry & Whiteside: 424-450.

Champagne, R. et al. (1992) *La vieillesse: voie d'évitement ou voie d'avenir*. Boucherville, Qc: Gaétan Morin.

36) Cappeliez, P. (1988) "Quelques considérations sur la prévalence et l'étiologie des états dépressifs de la personne âgée," *La revue canadienne du vieillissement*, 7, 4: 417-440.

- McEwan, K. et al. (1991) *Mental Health Problems among Canada's Seniors: Demographic and Epidemiologic Considerations*. Ottawa: Supply and Services Canada.
- 37) Wigdor, B. (1990) *Mental Health and Aging*. Presentation at the conference Aging in the 21st Century, held in Ottawa.
- Cappeliez, P. (1991) "Depression, Loneliness, and Grief among the Elderly," in National Advisory Council on Aging. *Mental Health and Aging*. Ottawa: the Council: 11-30.
- 38) McEwan, op. cit.
- 39) Herrmann, N. (1991) "Confusion and Dementia in the Elderly," in National Advisory Council on Aging. *Mental Health and Aging*. Ottawa: the Council: 31-48.
- Gutman, op. cit.
- 40) Asbury, C. and Henry, R. (1991) "Day Programs for Dementia: Responding to the Market," *Perspective on Aging*, July, August: 25-27.
- Ehrlich, P. et al. (1991) "TOPS: A Consumer Approach to Alzheimer's Respite Programs," *The Gerontologist*, 31, 5: 686-691.
- Gutman, op. cit.
- 41) Gutman, op. cit.
- 42) Health and Welfare Canada (1993), op. cit.
- In contrast over 70% of community-dwelling men 80+ live with their wives and/or children.
- 43) Shapiro, E. and Roos, N. (1987) "Predictors, Patterns and Consequences of Nursing-home Use in One Canadian Province," in Marshall, V. ed. *Aging in Canada: Social Perspectives*, Second edition. Toronto: Fitzhenry & Whiteside: 520-537.
- Williams, M. (1987) "Identifying the Older Person Likely to Require Long-term Care Services," *Journal of the American Geriatrics Society*, 35: 761-766.

- 44) Canada Mortgage and Housing Corporation. (1989) *Options: Housing for Older Canadians*. Proceedings of the conference Helping to House Canadians. Ottawa: CMHC.
- 45) Brink, S. (1992) *Housing for Seniors 75+*. Presentation to the members of the National Advisory Council on Aging. May 27.  
Health and Welfare Canada (1993), op. cit.
- 46) Gutman, G. and Blackie, N. eds. (1990) *Housing the Very Old*. Burnaby, B.C.: Gerontology Research Centre, Simon Fraser University.
- 47) National Advisory Council on Aging. (1992e) *Housing an Aging Population, Second edition*. Ottawa: the Council.  
Canada Mortgage and Housing Corporation. (1992) *Home Adaptations for Seniors Independence. Guide*. Ottawa: CMHC.
- 48) Canada Mortgage and Housing Corporation. (1990) *Housing for Older Canadians: New Financial and Tenure Options*. Ottawa: CMHC.  
Canada Mortgage and Housing Corporation. (1991) *Home Equity Conversion Mortgages: New Financial Options for Senior Homeowners*. Ottawa: CMHC.
- 49) Shapiro, E. (1989) *A Cross-Canada Tour of Home Care*. Presented at the Nova Scotia Conference on Home Care.  
Nahmias, D. and Reis, M. (1992) *An Exploratory Study of Private Home Care Services in Canada*. Ottawa: Community Health Division, Health Services and Promotion Branch, Health and Welfare Canada.
- 50) Health and Welfare Canada. (1990) *Report on Home Care*. Ottawa: Supply and Services Canada.  
Canadian Medical Association. (1992) *Decentralization of Health Care in Canada and Abroad*. Ottawa: CMA.  
Chichin, E. and Canton, M. (1992) "The Home Care Industry: Strategies for Survival in an Era of Dwindling Resources," *Journal of Aging and Social Policy*, 4, 1/2: 89-106.  
Shapiro, E. (1991) "Home Care: Where Is It and Where Should It Be Going?" in Wells, Lilian M. *An Aging Population: The Challenge for Community Action*. Toronto: University of Toronto: 18-43.

- 51) Ontario Nurses Association. (1986) *Palliative Care in Ontario*. Position paper, No. 4. Toronto: ONA.
- Fisher, R. et al. (1983) "Management of the Dying Elderly Patient," *Journal of the American Geriatrics Society*, 31, 9: 563-564.
- Plante, A. (1989) "Nouveautés et raffinement en soins palliatifs," *L'Infirmière canadienne*, 85, 7: 33-40.
- MacLean, M. (1989) "Quality of Life in Terminal Care with Institutionalized Ethnic Elderly People," *International Social Work*, 32: 209-221.
- 52) The term "institution" refers here to all long-term care facilities or institutions, ranging from residential or personal care facilities to extended or chronic care hospitals.
- 53) Statistics Canada (1992a), op. cit.
- National Advisory Council on Aging. (1988) *Info-Âge*, 1, 2.
- Schwenger, C. (1989) "Institutionalization of Elderly Canadians: Future Allocations to Non-health Sectors," in Lewis, Stephen J. ed. *Aging and Health: Linking Research and Public Policy*. Chelsea, MI: Lewis Publishers: 213-224.
- 54) *Une Charte des Droits et Libertés, Pourquoi!* (n.d.) Résidence Yvon-Brunet, Montréal, Qc.
- National Advisory Council on Aging (1992b), op. cit.
- L'Écuyer (1992), op. cit.
- 55) Wells, C. et al. (1986) *To Enhance Quality of Life in Institutions: An Empowerment Model in Long Term Care: A Partnership of Residents, Staff and Families*. Toronto: Faculty of Social Work, University of Toronto.
- National Advisory Council on Aging. (1991c) "At Home: In the Community or in an Institution?" *Expression*, 7, 3.
- 56) Grant, P. (1985) "Who Experiences the Move into a Nursing Home as Stressful?" *Canadian Journal on Aging*, 4,2 : 87-99.
- 57) MacLean, M. and Bonar, R. (1986) "Ethnic Elderly People in Long-term Care Facilities of the Dominant Culture: Implications for Social Work Practice and Education," *International Social Work*, 29: 227-236.

- 58) Seniors who use wheelchairs have special mobility difficulties. Most adapted buses and some specially adapted taxis have lifts that elevate wheelchairs from the street level into the vehicle. Many vehicles, however, are not equipped with lifts and most private homes or public buildings are not equipped with ramps. This can effectively limit the mobility of people in wheelchairs. Portable extensible ramps that are lightweight have been developed that should prove to be of great assistance in these cases.

For more information, contact the Canadian Aging and Rehabilitation Product Development Corporation, 265 Notre Dame Avenue, Winnipeg, Manitoba R3B 1N9. Tel: (204) 943-9400.

Hodge, G. and McKay, L. (1992) *Small Town Seniors and their Freedom to Move*. Final report on Seniors' Independence Project No. 4687-9-88/029. Burnaby, B.C.: Gerontology Research Centre, Simon Fraser University.

- 59) Suen, L. et al. (1989) *Transportation for Elderly Canadians: An Overview of TDC Related Research Activities*. Presentation at the Annual meeting of the Canadian Association on Gerontology.

U.S. Transportation Research Council. (1988) *Transportation in an Aging Society*. 2 volumes. Special Report No. 218. Washington, DC: TRC.

- 60) Health and Welfare Canada (1993), op. cit.

- 61) National Advisory Council on Aging. (1989) *Understanding Seniors' Independence. Report No. 1. The Barriers and Suggestions for Action*. Ottawa: the Council.

- 62) Krause, N. (1987) "Life Stress, Social Support, and Self-Esteem in an Elderly Population," *Psychology and Aging*, 2, 4: 349-356.

- 63) Johnson, C. and Troll, L. (1992) "Family Functioning in Late Life," *Journal of Gerontology*, 47, 2: S66-72.

- 64) Stone, L. (1988) *Family and Friendship Ties among Canada's Seniors*. Ottawa: Statistics Canada.

- 65) National Advisory Council on Aging. (1990d) *The NACA Position on Informal Caregiving: Support and Enhancement*. Ottawa: the Council.

Health and Welfare Canada (1993), op. cit.

- 66) Committee on Abuse of the Elderly. (1989) *Growing Old ... and Remaining Free.* Report of the Committee. [Montreal]: Quebec Ministry of Health and Social Services.
- Redknapp, R. (1988) "Potential for Abuse of Alzheimer Victims is Great," *Alzheimer Rapport*, 11, 3: 1.
- 67) Martin Matthews, A. (1992) *Widowhood in Later Life*. Toronto: Butterworths.
- Medalie, J. (1990) "Bereavement: Health Consequences and Prevention Strategies," in Goldbloom R. and Lawrence R. eds. *Preventing Disease: Beyond the Rhetoric*. New York: Springer Verlag: 168-178.
- 68) The next generation of older seniors, those who were having their families between 1930 and 1950, had fewer children due to the Depression and the Second World War. They may, in fact, have a considerably smaller pool of offsprings on whom to depend for support and assistance.
- 69) Health and Welfare Canada (1993), op. cit.
- 70) Ibid.
- 71) Ibid.
- 72) Driedger, L. and Chappell, N. (1987) *Aging and Ethnicity: Toward an Interface*. Toronto: Butterworths.
- 73) Wigdor, B. (1991) *Elder Abuse: Major Issues from a National Perspective*. Forum Collection. Ottawa: National Advisory Council on Aging.
- Laliberté, L. (1989) "Les masques de la violence," *L'Infirmière canadienne*, 85, 11: 32-34.
- 74) St-Arnaud, F. (forthcoming 1993) "Le principe de l'autonomie de la personne et le droit à l'autodétermination, tels qu'appliqués au processus décisionnel concernant les traitements de fin de vie," in National Advisory Council on Aging ed. *Ethics and Aging*. Ottawa: the Council.
- 75) Cranley Glass, K. (forthcoming 1993) "Ethical Principles and Age-Based Rationing of Health Care Goods and Services," in National Advisory Council on Aging ed. *Ethics and Aging*. Ottawa: the Council.

**POSITION PAPERS  
OF THE  
NATIONAL ADVISORY COUNCIL ON AGING**

1. Priorities for Action, 1981 (out-of-print).
2. Maximizing Choices: A Housing Policy for Canadians, 1985 (out-of-print).
3. An Improved Retirement Income System for Canadians, 1985 (out-of-print).
4. Implementation of an Independent Living Incentive Program (ILIP), April 1986 (out-of-print).
5. Response to the Consultation Paper on Survivor Benefits under the Canada Pension Plan, November 1987 (out-of-print).
6. NACA's Position on Long Term Care, April 1988 (out-of-print).
7. The NACA Position on the Goods and Services Tax, February 1990.
8. The NACA Position on Community Services in Health Care for Seniors, February 1990.
9. The NACA Position on Informal Caregiving: Support and Enhancement, September 1990.
10. The NACA Position on Lifelong Learning, October 1990.
11. The NACA Position on Gerontology Education, December 1991.
12. The NACA Position on Managing an Aging Labour Force, February 1992.
13. The NACA Position on Canada's Oldest Seniors: Maintaining the Quality of their Lives, January 1993.

## **Acknowledgements**

The Council acknowledges with thanks the contribution made to *The NACA Position on Canada's Oldest Seniors: Maintaining the Quality of their Lives* by the staff of the National Advisory Council on Aging.

**Research:** Judith Stryckman

**Editing:** Francine Beauregard

Renée Blanchet

**Formatting:** Josée Mongeon





Le Conseil remercie le personnel du Conseil consultatif national sur le troisième âge pour sa contribution soutenue à l'élaboration de La position du CNTA sur la quatrième âge au Canada: Maintenir la qualité de la vie.	Recherche:	Judith Stryckman	Edition:	Francine Beauregard	Présentation:	Renée Blanche et Josée Mongeon

1. Priorités d'action, 1981 (épuisé).
2. Maximiser les choix: une politique de logement pour les Canadiens, mars 1985 (épuisé).
3. Un meilleur système de revenu de retraite pour les Canadiens, mars 1985 (épuisé).
4. Mise sur pied d'un Programme Vie Autonome (PVA), avril 1986 (épuisé).
5. Réponse au document de consultation sur les prestations de survie avec prévues dans le régime de pensions du Canada, novembre 1987 (épuisé).
6. Position du CNTA sur les soins de longue durée, avril 1988 (épuisé).
7. La position du CNTA sur la taxe sur les produits et services, février 1990.
8. La position du CNTA sur les services communautaires dans les soins aux aînés, mars 1990.
9. La position du CNTA sur l'aide informative: soutien et mise en valeur, septembre 1990.
10. La position du CNTA sur l'éducation continue, octobre 1990.
11. La position du CNTA sur la formation en gérontologie, décembre 1991.
12. La position du CNTA sur la gestion d'une population active vieillissante, février 1992.
13. La position du CNTA sur le quatrième âge au Canada: Maintenir la qualité de la vie.

- sur le troisième âge éd. *Questions éthiques et vieillissement*. Ottawa: Le Conseil bientôt et services de santé en fonction de l'âge, "in Conseil consultatif national sur le 75) Cranley Glass, K. (à paraître, 1993) "Principes éthiques et rationnement des
- troisième âge éd. *Les questions éthiques et le vieillissement*. Ottawa: Le Conseil concernant les traitements de fin de vie", "in Conseil consultatif national sur le droit à l'autodétermination, tels qu'applicables au processus décisionnel 74) St-Armaud, F. (à paraître, 1993) "Le principe de l'autonomie de la personne et le 32-34.
- Laliberte, L. (1989) "Les masques de la violence", *L'Infirmière canadienne*, 85, 11: 73) Wigdor, B. (1991) *La violence faite aux aînés: une perspective nationale*. Collection Forum. Ottawa: Conseil consultatif national sur le troisième âge.
- Toronto: Butterworths. 72) Driedger, L. et Chapple, N. (1987) *Aging and Ethnicity: Toward an Interface*.
- 71) Ibid.
- 70) Ibid.
- 69) Santé et Bien-être social Canada (1993), op. cit.
- 68) La prochaine génération de personnes du quatrième âge, celles qui ont fondé leur famille entre 1930 et 1950, ont eu moins d'enfants à cause de la Grande Dépression et de la Seconde Guerre mondiale. Il se peut, en réalité, qu'elles aient une progéniture beaucoup moins importante sur laquelle elles peuvent compter pour trouver aide et soutien.
- 67) Martin Matthews, A. (1992) *Widowhood in Later Life*. Toronto: Butterworths.
- Alzheimer Report, 11, 3: 1.
- Redknapp, R. (1988) "Potential for Abuse of Alzheimer Victims is Great", "in Goldblom, R. et Lawrence R. eds. *Presenting Disease: Beyond the Strategies*, "in Goldblom, R. et Lawrence R. eds. *Presenting Disease: Beyond the 76) Comité sur les abus exercés à l'endroit des personnes âgées. (1989) *Vieillir ... en toute liberté. Rapport du Comité*. [Montréal]: Ministère québécois de la Santé et des services sociaux.*

- 57) MacLean, M. et Bonar, R. (1986) "Ethnic Elderly People in Long-term Care Facilities of the Dominican Culture: Implications for Social Work Practice and Education," *International Social Work*, 29: 227-236.
- 58) Les aînés qui utilisent des chaises roulantes ont des problèmes de mobilité partielles. La majorité des automobiles adaptées qui montent la chaise roulante de leur domicile sont équipées d'élévateurs qui permettent la descente pour faciliter l'accès à ces élévateurs. Toutefois, peu de véhicules sont équipés de ces élévateurs et rares sont les maisons ou édifices publics qui ont des rampes d'accès. On a inventé à Lévis une nouvelle méthode de rampe extensible portative qui sont légères et très utiles.
- Pour plus de renseignement, communiquer avec ARCOR (agence canadienne de développement de produits de réadaptation pour les aînés-s), 265, avenue Notre-Dame, Winnipeg, Manitoba R3B 1N9. Tél: (204) 943-9400.
- Hodge, G. et McKay, L. (1992) *Small Town Seniors and their Freedom to Move*. Rapport final sur le Projet d'autonomie des aînés N° 4679-9-88/029. Burnaby, C.-B.: Gerontology Research Centre, Simon Fraser University.
- 59) Suen, L. et al. (1989) *Transportation for Elderly Canadians: An Overview of TDC Related Research Activities*. Rapport spécial N° 218. Washington, DC: TRC.
- U.S. Transportation Research Council. (1988) *Transportation in an Aging Society*. 2 volumes. Rapport spécial N° 218. Washington, DC: TRC.
- 60) Santé et Bien-être social Canada (1993), op. cit.
- 61) Conseil consultatif national sur le troisième âge. (1989) *Pour mieux comprendre l'autonomie des aînés*. Rapport N° 1. Les obstacles et les avenues de solutions. Ottawa: Le Conseil.
- 62) Krause, N. (1987) "Life Stress, Social Support, and Self-Esteem in an Elderly Population," *Psychology and Aging*, 2, 4: 349-356.
- 63) Johnson, C. et Trost, L. (1992) "Family Functioning in Late Life," *Journal of Gerontology*, 47, 2: 566-72.
- 64) Stone, L. (1988) *Lines de famille et d'amitié chez les Canadiens âgés*. Ottawa: Statistique Canada.
- 65) Conseil consultatif national sur le troisième âge. (1990d) *La position du CNTA sur l'aide informelle: Soutien et mise en valeur*. Ottawa: Le Conseil.
- Santé et Bien-être social Canada (1993), op. cit.

- Shapiro, E. (1991) "Home Care: Where Is It and Where Should It Be Going?" *Principle*, N° 4, Toronto: ONA.
- 51) Ontario Nurses Association. (1986) *Palliative Care in Ontario*. Document de principe, N° 4, Toronto: ONA.
- Fisher, R. et al. (1983) "Management of the Dying Elderly Patient," *Journal of the American Geriatrics Society*, 31, 9: 563-564.
- Plante, A. (1989) "Nouveautés et raffinement en soins palliatifs," *L'Infirmière canadienne*, 85, 7: 33-40.
- MacLean, M. (1989) "Quality of Life in Terminal Care with Institutionalized Ethnic Elderly People," *International Social Work*, 32: 209-221.
- 52) L'expression «institution» se réfère ici à tous les services ou institutions de soins de longue durée, allant des services résidentiels ou de soins chroniques aux hôpitaux de soins prolongés ou de soins chroniques.
- Schwenger, C. (1989) "Institutionalization of Elderly Canadians: Future Allocations to Non-health Sectorors," in Lewis, Stephen J. éd. *Aging and Health: Linking Research and Public Policy*. Chelsea, MI: Lewis Publishers: 213-224.
- 53) Conseil consultatif national sur le troisième âge. (1988) *Info-Age*, 1, 2.
- Conseil consultatif national sur le troisième âge. (1992a), op. cit.
- 54) Une Charte des Droits et Libéretés, Pourquoi? (s.d.) Résidence Yvon-Brunet, Montréal, QC.
- Conseil consultatif national sur le troisième âge (1992b), op. cit.
- 55) Wells, C. et al. (1986) *To Enhance Quality of Life in Institutions: An Empowerment Model in Long Term Care: A Partnership of Residents, Staff and Families*. Toronto: Faculty of Social Work, University of Toronto.
- Conseil consultatif national sur le troisième âge. (1991c) "Vivre dans La communauté ou en établissement?" *Expression*, 7, 3.
- 56) Grant, P. (1985) "Who Experiences the Move into a Nursing Home as Stressful?" *Canadian Journal on Aging*, 4, 2 : 87-99.

- 44) Société canadienne d'hypothèques et de logement. (1989) Logements pour les Québécoises et Québécois: les choix. Compte rendu de la conférence du même nom. Ottawa: SCHL.
- 45) Brink, S. (1992) Housing for Seniors 75+. Présentation aux membres du Conseil consultatif national sur le troisième âge. 27 mai.
- 46) Gutman, G. et Blackie, N. eds. (1990) Housing the Very Old. Burnaby, C.-B.: Gerontology Research Centre, Simon Fraser University.
- 47) Conseil consultatif national sur le troisième âge. (1992e) Loger une population vieillissante, 2<sup>e</sup> édition. Ottawa: Le Conseil.
- 48) Société canadienne d'hypothèques et de logement. (1990) Logement pour les Québécoises et Québécois: nouveaux mécanismes financiers et modes d'occupation. Ottawa: SCHL.
- 49) Shapito, E. (1989) A Cross-Canada Tour of Home Care. Présente à la Nova Scotia Conference on Home Care.
- 50) Santé et Bien-être social Canada. (1990) Rapport sur les soins à domicile. Ottawa: Approvisationnements et Services Canada.
- Nahmiasch, D. et Reis, M. (1992) Étude exploratoire des services privés de soins à domicile. Ottawa: Division de la santé communautaire, Direction générale des services et de la promotion de la santé, Santé et Bien-être social Canada.
- 49) Shapito, E. (1989) A Cross-Canada Tour of Home Care. Présente à la Nova Scotia Conference on Home Care.
- 50) Santé et Bien-être social Canada. (1990) Rapport sur les soins à domicile. Ottawa: Approvisationnements et Services Canada.
- Association des médecins du Canada. (1992) La décentralisation des services de santé au Canada et à l'étranger. Ottawa: AMC.
- Chicchin, E. et Canton, M. (1992) "The Home Care Industry: Strategies for Survival in an Era of Diminishing Resources," *Journal of Aging and Social Policy*, 4, 1/2: 89-106.

- 36) Cappellez, P. (1988). "Quelques considérations sur la prévalence et l'étiologie des états dépressifs de la personne âgée." La revue canadienne du vieillissement, 7, 4: 417-440.
- 37) Wigdor, B. (1990) *Mental Health and Aging*. Présentation lors de la conférence Le vieillissement au 2<sup>e</sup> siècle, tenue à Ottawa.
- 38) McEwan, op. cit.
- 39) Herrmann, N. (1991). "La confusion et la démenie chez les personnes âgées" in Consell consultatif national sur le troisième âge. *Santé mentale et vieillissement*. Ottawa: Le Conseil: 45-62.
- 40) Asbury, C. et Henry, R. (1991). "Day Programs for Dementia: Responding to the Market," *Perspective on Aging*, juillet/Août: 25-27.
- Ehrlich, P. et al. (1991). "TOPS: A Consumer Approach to Alzheimer's Respite Programs," *The Gerontologist*, 31, 5: 686-691.
- 41) Gutman, op. cit.
- 42) Santé et Bien-être social Canada (1993), op. cit.
- En comparaison, plus de 70 % des hommes de 80+ ans vivant dans la communauté habitent avec leur femme et (ou) leurs enfants.
- 43) Shapto, E. et Roos, N. (1987). "Predictors, Patterns and Consequences of Nursing-home Use in One Canadian Province," in Marshall, V. Ed. *Aging in Canada: Social Perspectives*, 2<sup>e</sup> édition. Toronto: Fitzhenry & Whiteside: 520-537.
- Williams, M. (1987). "Identifying the Older Person Likely to Require Long-term Care Services," *Journal of the American Geriatrics Society*, 35: 761-766.

- 29) Barbeau, op. cit.
- Stewart, N. et Richardson, J. (1989) "A Method to Examine Confusion-  
and Health: Linking Research and Public Policy," in *Aging Potentiating Medications in Studies of the Institutionalized Elderly*, Chelsea, MI: Lewis Publishers.
- Dumas, op. cit.
- Une étude sur les donnees d'un régime pharmaceutique provincial a montré que 35 % des ordonnances prescrites aux 75+ ans comprenaient des tranquillisants et des sédatifs, et que 27 % d'entre elles comprenaient des psychotropes.
- Toumine, J. (1988) "Prescription Drugs and the Elderly in B.C.," Canadian Journal on Aging, 7, 3: 174-182.
- 30) Toumine, op. cit.
- Dumas, op. cit.
- 31) MacLeod, F. (1988) "Adult Incontinence," The Canadian Nurse, 84, 8: 45-47.
- 32) Resnick, N. et al. (1989) "The Psychopathology of Urinary Incontinence among Institutionalized Elderly Persons," New England Journal of Medicine, 320: 1-7.
- 33) Ibid.
- 34) Bakker, J. et Mittenees, L. (1989) "Shedding Light on Nocturia," Geriatric Nursing, 10, 5: 239-240.
- 35) D'Arcy, C. (1987) "Aging and Mental Health," in Marshall, V. ed. *Aging in Canada: Social Perspectives*, 2<sup>e</sup> édition. Toronto: Fitzhenry & Whiteside: 424-450.
- Fisher, J. et al. (1992) "Impact on Caregivers of Supporting Urinary Function in Noninstitutionalized Chronically Ill Seniors," The Gerontologist, 32, 4: 541-545.
- Resnick, op. cit.
- 36) Boucherville, QC: Gétran Monin.
- Champagne, R. et al. (1992) *La vieillesse: vote d'évitement ou vote d'avvenir.*
- 450.

- 22) Santé et Bien-être Social Canada (1993), op. cit.
- Dunn, P. (1989) *Obstacles auxquels font face les personnes âgées ayant une incapacité au Canada*. Ottawa: Approvisionnements et Services Canada.
- Statisistique Canada. (1992b) «Enquête sur la santé et les limitations d'activités - 1991», *Le Quotidien*, 13 octobre.
- Toutefois, lorsqu'on leur a demandé comment ils s'adaptent à leurs limitations, 85 % des 80+ ans ont dit qu'ils s'adaptent bien ou très bien.
- 23) Maladies chroniques au Canada. (1988) Numéro spécial "Problèmes de santé des personnes âgées", 9, 5.
- Simmons-Tropéa, D. et Osborn, R. (1987) *"Disease, Survival and Death: The Health Status of Canada's Elderly,"* in Marshall, V. éd. *Aging in Canada: Social Perspectives*, 2<sup>e</sup> édition. Toronto: Fitzhenry & Whiteside: 399-423.
- 24) Conseil consultatif national sur le troisième âge. (1989) *L'évaluation génératrice - L'expérience canadienne*. Ottawa: Le Conseil.
- Conseil consultatif national sur le troisième âge. (1991b) *Evaluation génératrice et traitement: Les membres de l'équipe*. Ottawa: Le Conseil.
- Conseil consultatif national sur le troisième âge. (1991c) *Consolidation et retableir les malades*, *Expression*, 8, 1.
- 25) Shapiro, E. (1991) *Manitoba Health Care Studies and their Policy Implications*. Winnipeg: Manitoba Centre for Health Policy and Evaluation, University of Manitoba.
- 26) Barer, M. et al. (1987) *"Aging and Health Care Utilization: New Evidence on Old Falls,"* *Social Science and Medicine*, 24, 10: 851-862.
- Rachlis, M. et Kushner, C. (1989) *Second Opinion: What's Wrong With Canada's Health Care System and How to Fix It*. Toronto: Collins.
- 27) Dumais, J. (1986) *"Survive à ses pillules ... dans la dignité,"* *Les agressions thérapeutiques au 3<sup>e</sup> âge: Le rôle des intervenants. Les Cahiers des Journées de formation Annuelle du Santorum Beguin*, N° 2.
- 28) Barbeau, G. et al. éds. (1991) *Medicaments et personnes âgées*. Saint-Hyacinthe, QC: Edisem.

- 17) Erikson, E. et al. (1986) *Vital Innovation in Old Age: The Experience of Old Age in Our Time*. New York: Norton.
- 18) Conseil consultatif national sur le troisième âge. (1990) *La position du CNTA sur les services communautaires dans les soins aux aînés*. Ottawa: Le Conseil.
- 19) Conseil consultatif national sur le troisième âge. (1990) *La position du CNTA sur l'éducation continue*. Ottawa: Le Conseil.
- 20) McPherson, op. cit.
- 21) Bischoff, L. et al. (1989) "Structure de la répartition temporelle et géographique de la mortalité et de la morbidité dues à un accident vasculaire cérébral chez les Canadiens de 65 ans et plus," *Maladies chroniques au Canada*, 10, 4, Juillet: 63-67.
- 22) Flattarone, M. et Evans, W. (1990) "Exercise in the Oldest Old," *Topics in Geriatric Rehabilitation*, 5, 2: 63-77.
- 23) Santé et Bien-être Social Canada. (1989) *Action santé: les aînés*. Ottawa: Approvisements et Services Canada.
- 24) L'Ecuryer, R. (1992) *Le concept de soi des personnes âgées de 80 ans et plus et leurs perceptions de leur autonomie. Présentation aux membres du Conseil consultatif national sur le troisième âge*. 27 mai.
- 25) Miniker, M. et Pasick, R. (1986) "Health Promotion and the Elderly: A Critical Perspective on the Past and Future," in Dyckwold, K. ed. *Wellness and Health Promotion for the Elderly*. Rockville, MD: Aspen Publishers.
- 26) Wong, P. (1989) "Personal Meaning and Successful Aging," *Canadian Psychology*, 30, 3: 516-525.
- 27) Conseil consultatif national sur le troisième âge. (1992c) "Vieillir et le sens de la vie," *Expression*, 8, 4.
- 28) Conseil consultatif national sur le troisième âge. (1990) *Pour mieux comprendre l'autonomie des aînés. 2<sup>e</sup> Rapport. Leurs stratégies de prise en charge*. Ottawa: Le Conseil.
- 29) Miniker, M. et Pasick, R. (1986) "Health Promotion and the Elderly: A Critical Perspective on the Past and Future," in Dyckwold, K. ed. *Wellness and Health Promotion for the Elderly*. Rockville, MD: Aspen Publishers.
- 30) Flattarone, M. et Evans, W. (1990) "Exercise in the Oldest Old," *Topics in Geriatric Rehabilitation*, 5, 2: 63-77.
- 31) Bischoff, L. et al. (1989) "Structure de la répartition temporelle et géographique de la mortalité et de la morbidité dues à un accident vasculaire cérébral chez les Canadiens de 65 ans et plus," *Maladies chroniques au Canada*, 10, 4, Juillet: 63-67.
- 32) Mann, K. et al. (1990) "Postmenopausal Osteoporosis and Fractures," in Goldbloom, R. et Lawrence, R. *Preventing Disease: Beyond the Rhetoric*. New York: Verlag: 212-230.

- Perreault, J. (1992) "Centenaire, moi? Pourquoi pas!" Recensement du Canada 1991-Chroniques du recensement, 2: 1-4.
- Hill, G. (1990) "La mortalité chez les personnes âgées au Canada: Tendances de la cohorte," Maladies chroniques au Canada, 11, 1, Janvier: 1-4.
- Statistique Canada. (1991) Projections démographiques pour le Canada, les provinces et les territoires. № de cat. 91-520. Ottawa: Statistique Canada.
- Statistique Canada. (1990) Un portrait des aînés au Canada. № de cat. 89-519.
- 11) Santé et Bien-être social Canada. (à paraître, 1993) Vieillissement et autonome: Aperçu d'une enquête nationale. Ottawa: Approvisations et Services Canada.
- 12) Statistique Canada. (1991) Répartition du revenu au Canada selon la taille de revenu 1990, Tableau 47. № de cat. 13-207. Ottawa: Statistique Canada.
- Les limites de revenu utilisées comme base de classification de «bas revenu» se réfèrent au fait que les individus qui ont un revenu inférieur à ces limites dépassent, en moyenne, 58,5 % ou plus de ce revenu pour se nourrir, se loger et se vêtir. Les limites varient selon la taille des familles et des collectivités; elles augmentent chaque année en fonction de l'indice des prix à la consommation.
- 13) Ibid.
- 14) Conseil national du bien-être social. (1990) La femme et la pauvreté, dix ans plus tard. Ottawa: Le Conseil.
- 15) Conseil consultatif national sur le troisième âge (1991a), op. cit.
- Les transferts gouvernementaux incluent la Sécurité de la vieillesse, le Supplément de revenu garanti, l'Allocation au conjoint et le Régime de pensions du Canada/Régime de rentes du Québec.
- 16) Santé et Bien-être social Canada. (1992) Programmes de la Sécurité du revenu - Statistiques mensuelles. Ottawa: Direction générale des programmes de la Sécurité du revenu.

- 1) Pour les personnes âgées de 65 à 74 ans, on parle généralement de « troisième âge » ou de « jeunes âgés », et de « quatrième âge » ou d'« aînés âgés » pour les personnes de 75, 80 ou 85+ ans, selon les cas. Ce document considère surtout les 80+ ans, mais selon les besoins ou en fonction des données statistiques disponibles, il fait parfois des distinctions fondées sur d'autres groupes d'âge à l'intérieur du quatrième âge.
- 2) Laforet, J. (1989) *Introduction à la gérontologie: Croissance et déclin*. Ville La Salle, QC: Hurtubise HM.
- 3) Conseil consultatif national sur le troisième âge. (1991a) *Les conditions économiques des aînés au Canada*. Ottawa: Le Conseil.
- 4) Gutman, G. éd. (1992) *Shelter and Care of Persons with Dementia*. Burnaby, C.-B.: Gerontology Research Centre, Simon Fraser University, C.-B.
- 5) McPherson, op. cit.
- 6) McDaniel, S. (1986) *Canada's Aging Population*. Toronto: Butterworths.
- 7) Poos, L. éd. (1992) *International Journal of Aging and Human Development*, 37, 1. (Numéro complet porté sur l'étude des centenaires de la Géorgie).
- 8) Statistique Canada. (1992a) *Age, sexe et état matrimonial: le pays. N° de cat.* 93-310. Ottawa: Statistique Canada.
- Vol. 11, N° 10. 19-22. Beaujot, R. (1990) "The Challenge of Changing Demographics," *Policy Options*,

C'est la première fois dans l'histoire que le pourcentage des 80+ ans est aussi élevé, et il augmente encore rapidement au cours des années à venir. Ces années-s offrent une variété extraordinaire de forces et de faiblesses individuelles, d'histoires allant des succès les plus éclatants aux échecs les plus tragiques. Ils ont écrit les pages de notre histoire et tous les membres de la société peuvent tirer profit de leur expérience. Il est essentiel de faire appel à l'esprit de solidarité entre générations rappeler aux Canadiens et aux Canadiennes ce que les années ont accumulé dans le passé et les enjeux communs que nous avons tous dans le bien-être des uns et des autres.

Il ne fait pas de doute que beaucoup de personnes du quartier aiment leur besoin d'aide et de soutien dans plusieurs domaines de leur vie. Mais c'est une question de degré et de perception. L'autonomie étant en fait un sujet une nivœux d'autodétermination. De nombreuses personnes du quartier âgée, comme les autres membres de la société, vivent davantage dans des conditions d'interdépendance et d'entraide que dans un état de dépendance totale. Ceci mène d'être soulagé. D'après les témoignages de personnes du quartier âgée, c'est quand on a besoin des autres mais qu'on n'est plus en mesure de négocier les conditions de cette aide que la dépendance devient réellement penible.

Le Canada peut être fier de la façon dont l'espérance de vie de ses aînés-a est due à la qualité de leur vie soit effectivement maintenue.

(Femme, 82 ans, vivant avec son mari en appartement)

parler comme ça.  
embarrassantes, on me répond souvent que je suis trop difficile pour dommique, les gens restent bouche bée. Quand je pose des questions quelqu'un à partie au sujet d'une politique de services auxiliaires mêmes quand elles se composent normalement. Si je prends l'impression qu'on regarde les personnes de 80+ ans de travers, incroyable et telllement gratifiant. On m'écoute... Autant, j'avais je fais bien plus de choses maintenant que j'aurais osé l'espérer. C'est

(Homme marié, 82 ans, vivant avec son épouse en appartement)

mâlades et dépendants... ça m'inquiète.  
demande où ma femme et moi pourrions aller si nous devions faire accepter de décliner. Je n'ai pas peur de mourir, mais je me tems qui m'est alloué depuis. C'est frustrant, mais je sais que je chaque jour. J'ai encore beaucoup à accomplir, mais je sens que le temps que j'ai

Quand vous arrivez à mon âge, vous appréciez le fait de vous retrouver

## CONCLUSION

en place pour donner suite aux décisions prises grâce à ce débat, ressources et l'euthanasie; que les mécanismes nécessaires soient mis en place pour donner suite aux décisions prises grâce à ce débat, le testAMENT de vie, les directives anticipées, le rationnement des communautaires et sociétaires au sujet des questions éthiques comme quartierme âge, afin de clarifier les valeurs individuelles, L'on encourage le débat public, incluant la participation du

efficacement à ces situations et pour les prévenir.  
comme tels et analyses, et qu'on développe des méthodes pour réagir quartierme âge, en tant que victimes ou agresseurs, soient reconnu Les différents types d'abus mettant en cause les personnes du

leur choix ne présente pas de danger pour autrui.  
aussi longtemps qu'elles ne sont pas jugées incomplètes et que Les personnes du quartierme âge puissent choisir de vivre «à risque»

Le CNTA recommande que:

et des normes partagées par les membres de la société.  
l'objet de débats publics de fond et qu'elles soient résolues sur la base des valeurs acceptables face à des problèmes très réels. Il est urgent que ces questions fassent associations professionnelles. D'autres solutions peuvent s'avérer raisonnables et vie humaine sur laquelle le Canada est fondé et aux codes de pratique des

La société canadienne ne peut pas ne pas s'attarder à ces questions éthiques, de même qu'à d'autres questions touchant à la vie et à la mort, par exemple. L'enthousiasme actif ou passive, les témoignages fondamentaux du respect de la sujet qui a reçu beaucoup d'attention ces dernières années. Certaines prises de position peuvent s'avérer contraires aux principes fondamentaux du respect de la

raisonnable.<sup>75</sup> Bien qu'il soit inacceptable de limiter les soins de santé à un segment donné de la population en invitant pour cela uniquement des raisons d'âge, le rationnement des ressources en fonction de l'efficacité attendue des interventions est une toute autre question. On s'accorde en général à dire qu'une intervention est justifiée quand on peut raisonnablement s'attendre à une amélioration de la santé ou de la qualité de vie du patient; encore faut-il déterminer ce qu'est une attente raisonnable.

L'individu, de la famille et des professionnels dans cette prise de décision,<sup>76</sup> important d'examiner les fondements de ces décisions et les rôles respectifs de l'individu, de la famille et des professionnels dans cette prise de décision. Il est souvent nécessaire de faire émerger souvent dans un tel contexte. Les problématiques concernant la prise de décision par un être vivant sont très rapides. Les personnes doivent faire face à la nécessité de trouver des moyens artificielles pour résoudre. De plus, les décisions concernant l'utilisation de technologies pour pratiquer. Les capacités cognitives diminuent de patient à patient dans cette période contre toute forme d'intervention non désirée. Toutefois, la santé fragile et traitements. Normalement, cette façon de faire assure que les patients sont davantage recevoir le consentement informé de leur patient avant de procéder à des tests pronostic et les options disponibles. Après avoir fait des recommandations, ils leur pourraient donner l'information détaillée à leurs patients sur diagnostic, d'autant plus qu'ils exigeront que les médecins dévoilent à leurs patients leur diagnostic et interroger le patient au plus haut point. Le droit et les principes moraux

La question des choix au sujet du traitement médical est un autre sujet qui soulève des préoccupations graves, peut menacer un cercle vicieux de violence dans lequel l'adulte répond par la violence à une situation où il est, ou bien se retrouve dans une situation où il est, ou grave au niveau de la formation de son état de santé des formes et informations très dépendants et dont la santé est très sensible aux influences de l'environnement. Ces dernières sont les plus vulnérables. La tâche des cas d'abus et de négligence varient entre 3 et 5 %; toutefois, on s'accorde à dire que ces dernières sont estimées probablement la réalité. Les très âgés-s, les aînés-s souvent stressante de formes diverses aux aînés-s frêles, surtout si elles sont des problèmes physiques ou cognitifs graves, peut menacer un cercle vicieux de qui font face à des tâches très exigeantes.<sup>77</sup>

On accorde un intérêt croissant à la question de l'abus au quartier, que ce soit aux plans physique, émotionnel ou financier. Les estimations touchant l'incidence dans le cas d'un adulte plus jeune, souvent la question de la sécurité fondamentale des personnes et on remet en question leur droit de choisir de vivre «à risque», ce qu'on n'oserait jamais faire dans le cas d'un adulte plus jeune.

l'estime de soi et à la dignité personnelle. Dans le cas du quartierme âge survient pourvoir choisir comment on mène sa vie est une condition essentielle à

l'usage incomplète; et les critères à utiliser pour limiter l'accès aux services. Qu'est-ce qu'autoriser d'autres personnes à prendre des décisions pour une personne concernant les services sociaux et de santé à recevoir et à refuser; la concurrence entre services sociaux et de santé à la prise de décisions à l'endroit du quartierme âge; le droit de participer à la prise de décisions de vivre «à risque» malgré la perte d'autonomie; l'incidence des traitements abusifs maintenant et pour l'avoir. Il s'agit, entre autres, des questions suivantes: le choix révèle-t-il une importance spéciale pour la qualité de la vie de cette population, des La condition du quartierme âge donne lieu à plusieurs questions éthiques qui

maintiennent que je peux voir. (Veu, 94 ans, vivant en centre d'accueil) pense qu'il y a une raison de faire et j'apprécie chaque jour change d'avis. Mais que je ne pourrais pas voir du tout, j'ai amis. Mais quand je cause de l'échec de l'opération d'un de mes hésite à avoir un implant à cause de l'échec de l'opération. J'ai mesure que ma vie basse, je devrais de plus en plus déprimer. J'ai commencé à perdre l'autre il y a environ huit ans. Au fur et à J'avais perdu l'usage de mon œil droit, il y a plusieurs années, et j'ai

(Veu, 79 ans, vivant seul en appartement) pour que je puisse avoir de l'aide rapidement si j'ai un problème. Un coup de main pour payer mon système «LifeLine» chaque mois mais je veux rester ici aussi longtemps que possible. Ils me donnent téléphone et souvenirs. Ils me ont déjà proposé de venir visiter avec eux, j'ai voulu continuer à visiter seul. Mes enfants s'intéressent de moi et

## 9. LES QUESTIONS ÉTHIQUES

L'on s'assure que les présumptions à propos des normes d'appui familiales dans les collectivités ethniques ne conduisent pas les fournisseurs de services formels à négliger de pourvoir l'aide qui soit nécessaire et qui tienne compte de la spécificité culturelle de ces groupes.

Les services formels reconnaissent les limites, aux plans de la disponibilité et des moyens, des enfants, des parents et des ami-e-s en tant qu'aidant-e-s informels; qu'ils reconnaissent que certaines personnes du quartierme âge n'ont pas de sources fiables d'aide informationnelle.

En 1991, 63 % des 80+ ans vivant dans la communauté avaient au moins deux enfants vivants. La cohabitation avec d'autres générations n'est pas aussi rare qu'en pourrait le penser. Environ 15 % des 80+ ans vivent avec un ou plusieurs de leurs enfants. Ce pourcentage était environ deux fois plus élevée pour les femmes (19 %) que pour les hommes (9 %). La cohabitation est un moyen de s'assurer une source d'aide et de protection, ainsi qu'un rempart contre l'isolement et la solitude.<sup>69</sup>

Envirion 74 % des personnes de 80+ ans vivant dans la communauté ont au moins une soeur ou un frère qui vit encore et avec qui elles entretiennent des contacts assez fréquents. A peu près 13 % de ces aînés-e-s ont déclaré communiquer avec un ou plusieurs de leurs frères et sœurs au moins une fois par mois et 42 % ont au moins un rapport hebdomadaire. Les aîné-e-s du même âge, ainsi que 15 % des aîné-e-s communiquent tous les jours avec au moins un ou une amie, proches. Au quartième âge, la fréquence des rapports avec les aîné-e-s est élevée. Collectivement, 48 % des 80+ ans ont déclaré avoir encore au moins deux aîné-e-s à leur disposition pour les aider à faire face aux difficultés.

Il n'est pas surprenant que les aînées soient maintenues malgré l'avancée en âge. Lors d'une enquête menée récemment auprès d'aînés vivant dans la communauté, 18 %, au moins une fois par mois,<sup>70</sup>

Les relations entre les aînés-e-s et leur famille présentent un défi particulier chez les groupes autochtones et ethniques. Les services sociaux et de santé prennent souvent qu'ils n'ont pas besoin de services culturels, croyant que la tradition de responsabilité filiale et de parentèle large garantira un fort degré de leur aide aux parents âgés qui demeurent partie de la famille élargie, en dépit de leur grand âge et d'infirmités graves. Il est probable qu'à l'aventure les besoins de ces personnes dépasseront, en quantité et en complexité, les soins que la famille pourra fournir. Plutôt que groupes autochtones et ethniques expérimentent de nouvelles formes de soutien selon leur contexte culturel.<sup>71</sup> Plus de recherches sont nécessaires pour déterminer le niveau d'accommodation culturelle requise par ces individus. Plutôt que facteurs doivent être pris en compte, incluant le nombre d'aînées passées au Canada, l'âge au moment de l'immigration et le niveau de connaissance d'une des langues officielles.

au moins capables ou désireux d'aider.

La santé et les considérations financières, la famille et les ami-e-s peuvent être plus comme L'élargissement géographique, la nature des relations familiales ou amicales, qui devrait théoriquement pouvoir les aider.<sup>68</sup> Bien entendu, à cause de facteurs moins jeunes que une progrès initiale abandonnante (enfants et petits-enfants) soutien affectif et d'aide pratique. Les cohortes contemporaines d'âme-e-s jeunes et Au quatrième âge, la famille et les ami-e-s représentent une importante source de

(Venue, 87 ans, vivant dans un ensemble résidentiel pour âme-e-s)  
la seule qui reste.

Avant, nous étions un bon groupe de six amies. Maintenant, je suis seule je raconte cela à Marie»; puis, je me rappelle qu'elle est décédée. courtes ou une sorte. Parfois, je me surprends à me dire: «Il faut raconter, à qui raconter ma journée quand je viens de faire des rencontres, c'est de n'avoir personne à qui parler de l'actualité ou de mes Je, enfin une variété des ami-e-s que j'ai perdus. Et par-dessus tout,

avec elle. (Homme, 80 ans, vivant avec sa femme dans leur maison) la chercher tous les dimanches. Ma femme passe tous les après-midi maintenant 46 ans et vit en institution, à quelques rues d'ici. Je vais avec elle.

Je m'occupe de ma fille qui a subi des lessions au crevaison: elle a de sa maison; elle loue le rez-de-chaussée) (Venue, 86 ans, vivant seule au deuxième étage Je ne peux pas sortir. Je ne peux même pas aller à l'église. autrefois ma maison. Je ne peux plus monter les escaliers comme avant. complète beaucoup sur mes enfants. S'ils ne m'aident pas, je devrais Je me sens beaucoup plus vulnérable depuis la mort de mon mari. Je

### 8.3

#### Les enfants, les parents et les ami-e-s

besoins spéciaux des veufs plus âgés. quatrième âge qui viennent de connaître le veuvage, et qui s'attachent aux L'on offre du conseil et de l'aide pratique aux âme-e-s du domicile.

L'on reconnaît les limites à la capacité qu'ont les ami-e-s du nécessaire, que ce soit des services de relève, des centres de jour, des centres multifonctionnels pour âme-e-s ou d'autres services à quatrième âge d'aider leur conjoint et qui, en leur offre le soutien L'on reconnaît les limites à la capacité qu'ont les ami-e-s du

Le CNTA recommande que:

Nous avons ensemble toutes les deux et avons pris notre retraite au même moment. Nous apprécions vraiment cette époque de notre vie ensemble. J'adore mes fleurs et mon jardin. Ma femme joue de l'orgue à l'église. Nous participons tous les deux à des activités pour un condo et nous sortons très souvent. Nous avons parlé d'acheter une nouvelle maison avant toute chose, c'est rester ensemble.

(Homme, 91 ans, vivant avec sa femme dans leur maison)

Je vis seule ici depuis que mon mari est mort, il y a deux ans et demi. Ma sainte s'est considérablement améliorée depuis cette date. Les dernières années avaient été très fatigantes. Je crois que je n'ai pas dormi plus de deux nuits entières par semaine pendant quatre ans.

Avoir un mariage intact au quartierme âge est l'un des meilleurs moyens de rester en bonne santé, de bien manager, de rester intégrer à la société et d'éviter le placement en établissement. Étant donné que les femmes épousent généralement des hommes qui ont entre trois et six ans de plus qu'elles et que leur esperance de vie est d'environ sept ans supérieure à celle des hommes, ce sont les années marries qui sont le plus souvent appelées à occuper durant malade. Ceci arrive à un moment de leur vie où leurs propres capacités physiques peuvent aussi être réduites. La situation de ces femmes meritent une attention particulière dans la mesure où les efforts du elles sont amenées à déployer risquées, à long terme, de les aider de leurs ressources psychologiques et physiques. Le danger de mauvais traitements ou de négligence de la part du conjoint, due soit volontaire ou non,

Come on la déja signalé, le vécu va est court au quartierme âge, surtout chez les femmes. En 1991, on comptait 33 % de veufs chez les 80 à 84 ans, contre 67 % de veufs dans le même groupe d'âge. L'écart entre les deux sexes est beaucoup moins important dans le groupe des 85 à 89 ans, où le pourcentage de veufs est de 54 %, contre 71 % de veufs. Après une période d'adaptation parfois économiquue, les veufs, quant à eux, ont plus de mal à s'adapter

psychologiquement.<sup>67</sup>

personnes handicapées, surtout dans les petites villes et en milieu rural.

Lon offre des cours de recyclage en conduite automobile au quartierme âge et que l'on vérifie périodiquement l'acuité visuelle de ces personnes, ainsi que la vitesse de leurs réactions dans des situations complexes.

## 8. LES RELATIONS INTERPERSONNELLES

Le réseau que constitue la famille et les amis-e-s est souvent une importante source d'appui, d'aide et d'échange de services pour les personnes de tous âges; le quartierme âge n'y fait pas exception. Un réseau social fort semble protéger les individus des effets psychologiques les plus perturbateurs des stress de la vie.<sup>62</sup> Les amis-e-s se tournent en grande majorité vers ces sources d'informations, recouvrent l'aide et en fourissent également dans des domaines aussi variés que les soins physiques, l'appui affectif et psychologique, l'aide financière, l'assistance pratique et les loisirs. La famille et les amis-e-s peuvent aussi être des sources importantes d'information et servir de médiateurs ou facilitateurs pour les personnes du quartierme âge devant seules, les femmes du quartierme âge peuvent avoir moins de sources d'appui social et matériel. Celles dont les relations avec la famille sont moins étroites risquent plus que les autres de se retrouver en état de crise.<sup>63</sup>

Avec les années, les parents et amis-e-s peuvent se faire plus rares et les ami-e-s peuvent avoir mal à trouver des aidant-e-s. Comme elles vivent souvent plus que les autres de se retrouver en état de crise.<sup>64</sup>

Environ 80 % de l'aide fournie aux ami-e-s vivant dans la communauté leur vient de la famille et des ami-e-s. Pour 68 % des hommes mariés de 80+ ans et vivant dans la communauté, cette aide vient le plus souvent de L'épouse. Pour les femmes du même âge, dont les deux tiers sont veuves, c'est normalement une fille qui est la plus grande source d'aide. Le mari est la deuxième source. À défaut, c'est souvent un des fils, sinon les frères, les sœurs et les ami-e-s.<sup>65</sup>

Dans le cas des ami-e-s qui ont conservé des relations étroites avec la famille et les ami-e-s, il y a souvent un échange continu de services. Les femmes fournissent des services de garde d'enfants et les hommes, des travaux d'entretien de la maison ou du jardin auprès des autres membres de la famille.

La fourniture de services de transport public régulier et alternative, de même que du transport adapté à l'intention des personnes handicapées

Les autorités appropries, municipales, provinciales, territoriales ou fédérales, appuient les changements nécessaires aux routes, aux intersections et aux panneaux de signalisation (par exemple, taille du lettrage et emplacement des panneaux), et qu'elles voient à l'entretien des trottoirs et des arrêts d'autobus pour garantir la plus grande sécurité du quartier, qu'il s'agisse des piétons, des gens au volant ou des usagers des autobus.

Le CNTA recommande que :

Il importe aussi à d'autres personnes dans les collectivités que les aînés puissent conserver leur permis de conduire: les aînés-s'assurent souvent des services de transport aux autres, y compris leurs pairs. Une enquête de Statistique Canada a montré que 18 % des hommes de 80+ ans vivant dans la communauté avaient fourni de tels services au cours des six mois précédant l'enquête.<sup>60</sup> Pluisieurs personnes du quartier aîné aiment la marche et on les encourage à faire pour des raisons de santé. Cependant, les piétons de 75+ ans sont deux fois plus victimes d'accidents que n'importe quel autre groupe d'âge au Canada.

Beaucoup de ces accidents se produisent quand les aînés traversent la rue ailleurs qu'aux intersections. Si l'accident n'est pas fatal, ces personnes sont beaucoup plus susceptibles d'être blessées que les plus jeunes, et requièrent une hospitalisation plus longue. Les problèmes de vision et d'ouïe ne semblent pas avoir d'effets aussi négatifs chez les piétons âgés que chez les conducteurs et conductrices du même âge. Toutefois, les conditions environnementales, comme le design des rues peuvent interdire, la signalisation routière, les trottoirs inégaux, les intempéries peuvent aggraver les difficultés énumérées ci-dessus.

Ensuite, la sécurité à leur domicile, la sécurité en ville et la sécurité dans le quartier sont toutes trois éléments essentiels pour assurer la sécurité des aînés. Ces éléments sont étroitement liés et doivent être pris en compte ensemble pour assurer la sécurité des aînés.

don't l'acuité visuelle dépasse de beaucoup celle de la plupart des personnes de 80+. Ans. L'e-problème est encore plus grave le soir, puisque la vision nocturne et la résistance aux éblouissements basissent fortement avec l'âge. L'influence néfaste de certains médicaments peut ajouter au problème. Certaines difficultés peuvent être rencontrées en modifiant ses habitudes de conduite (conduire plus lentement, ne pas conduire le soir ou si on prend des médicaments) ou en améliorant ses habiletés de conduite. Plusieurs aime-t-elle apprécier les cours de recyclage qui leur sont proposés pour apprendre à mieux conduire et à adapter leurs techniques au volontarisme sorti des agences non-gouvernementales. Ce qui importe, c'est que ces cours les aideraient à éviter les accidents.<sup>59</sup>

Ces accidents sont souvent attribuables à des problèmes d'acuité visuelle et de rapidité de réflexes. Plutôt que de vérification n'ont pas l'équipement nécessaire pour vérifier le temps de réaction des conducteurs et conducteurs âgés. En outre, les panneaux de signalisation sur les autoroutes sont courus pour les gars.

La plupart des conducteurs et conductrices du quartierme à age moyenne à leur permis et redoutent le jour où il pourrait leur être retiré. Les aînés sont beaucoup moins susceptibles de conduire, mais ils ont quand même le plus grandi nombre d'accidents par kilomètre parcouru. Plus de 80 % des conductrices et conducteurs de 75+ ans ont été évaluées par la régie de l'assurance automobile de la Colombie-Britannique comme étant à moitié responsables de l'accident dans led'hui ils étaient impliqués, comparativement à 68 % de ceux qui sont dans les mêmes situations.

Le problème du transport est particulièrement aigu pour les personnes du quartier agé vivant en région rurale et dans les petites villes où l'on retrouve une proportion d'âgés de 80+ ans supérieure à la moyenne. Entre 25 et 30 % des aînés dans les petites villes ne conduisent pas. Plutôt que de se déplacer, ils sortent à domicile ou dans les centres de loisirs qui leur sont réservés. Les transports en commun ou d'autres formes de transport collectif, tels les taxis, ne sont pas toujours disponibles, sont rarement adaptés aux besoins des aînés-trêles et leur coût peut être trop cher pour eux. Certaines rares collectivités ont mis sur pied des alternatives au covoiturage effectué par des bénévoles, du taxi subventionné pour certaines populations cibles et l'usage des autobus scolaires en dehors des heures de alternatives: du covoiturage effectué par des bénévoles, du taxi subventionné pour certains postes: 89

Les transports constituent l'un des facteurs les plus importants de la qualité de la vie au quartier. Pour mener une vie satisfaisante, il faut pouvoir, hiver comme été, aller chez ses ami-e-s, faire des courses ou se rendre chez un professionnel de la santé.

(Venue, 92 ans, vivant seule en appartement)

*J'ai dû renoncer volontairement à condurer le lit y a huit ans. Ma santé est trop fragile à présent, et c'est pour des raisons que je me suis cassé la hanche l'année dernière. J'arrive à monter assez facilement dans une voiture, mais les trajets dans les rues de la ville sont très pénibles pour mon dos. Les arrêts ou les démarages brusques sont aussi très douleuroux. Je ne peux absolument pas prendre l'autobus à cause de cette douleur et de la hauteur des marches.*

(Venue, 89 ans, vivant seule dans sa propre maison)

Mes amis-e-s se tannent de manière la où je dois aller.

Quand mon permis de conduire m'a été retiré, j'ai perdu enormément d'autonomie. Je n'ai tout simplement pas les moyens de prendre des

(Venue, 82 ans, vivant dans un grand ensemble résidentiel pour aîné-e-s)

hivers soit durs et les trottoirs glissants. Peuvent six mois de l'année, avec la neige et le froid, les proximités. Peuvent alors par ici et aucun magasin ou service à ny a pas de service d'autobus, mais j'ai pourvu au me Lenoble. Il parle que j'ai encore mon permis, mais j'ai perdu au ville

de deux prendre ma voiture pour aller voir mes voisines amies en ville

## 7. LE TRANSPORT ET LA MOBILITÉ

Des services soient mis sur pied en résidence, au besoin, et que ceux-ci respectent les coutumes et traditions des résident-e-s autochtones ou d'origine ethnique et qui, on prendra les moyens pour qu'une communauté verbale adaptée soit possible avec ces client-e-s.

Les institutions communautaires—les églises, centres communautaires et magasins, par exemple—facilitent l'accès des personnes très âgées, vivant en établissement aux ressources de la communauté. Ils agissent, entre autres, d'adapter les milieux aux besoins particuliers des aînés (personnes égarage, toilettes, aides auditives dans les salles, activités dans les résidences elles-mêmes, aménagement) et d'inviter la communauté à offrir ses services ou ses

Le couple qui le désirent puissent continuer à cohabiter ou à vivre à proximité dans les établissements même si l'un d'eux seulement doit y être admis, pourvu que cela ne nuise pas à la santé de l'autre. De plus, que le conjoint en santé participe à l'élaboration du plan de services

Les conditions du milieu, le niveau des effectifs et la formation du personnel travaillant en institution soient de mesure à répondre aux besoins de la clientèle desservie et que l'on rappelle régulièrement au personnel d'avoir le respect de l'autonomie de leurs clients.

Les soins prodigues et les services offerts en établissement soient définis en fonction d'une évaluation personnelle des capacités et des besoins de chaque client-e. Il conviendra de prévoir, au besoin,

Les préférences et les habitudes individuelles ne sont pas toujours respectées en ce qu'il concerne les routines quotidiennes en milieu institutionnel. Les horaires sont parfois très stricts et les heures de repas, de toilette, de lever et de couche sont fixées avec peu d'égard pour le choix des personnes. Ils ne sont pas toujours respectés alors de la planification des menus et des activités.<sup>56</sup> L'entrée en résidence spécialisée peut être particulièrement difficile pour les personnes âgées d'origine culturelle différente. Le fait d'emmenager dans une maison de retraite ou dans un hôpital pour malades chroniques peut être très mal vécu par n'importe quel individu, mais cela peut s'avérer encore plus difficile pour les aînés qui sortent tous les jours dans un autre contexte culturel. Se retrouver dans un environnement qui leur est tout à fait étranger ou dans lequel ils ne se sentent pas à l'aise peut être très stressant. Les problèmes de la communication courante peuvent également causer des tensions chez les individus, comme au sein du personnel. On peut dire des personnes du quartier une égale mesure au sein du quartier, qu'elles risquent de vivre un triple déuil : celui de leur famille, de leur culture et de leur communauté. Lorsqu'on ajoute à cela les difficultés physiques ou mentales et la vulnérabilité qui s'en suit, il est évident que ces gens ont besoin d'un soutien accro pour se tirer d'affaire.<sup>57</sup>

ressources et le personnel ne sont pas suffisants pour assurer le maintien des capacités et la readaptation maximale.<sup>54</sup>

une bonne qualité de soins, ils ne sont pas toujours réalisées. Dans certains cas, les déjà montre que les évaluations et les plans de soins individuelles sont pré-requises à des spécificités en tant qu'individus et rester le plus autonome possible. Quelques-uns ont très importants au quatrième âge. Les aménagements établissement veulent être Les questions concernant la qualité de vie dans les établissements sont très

cause de troubles cognitifs.<sup>33</sup>  
physique et, enfin, ceux Pour qui il est difficile, voire impossible, de rester seuls à sentiment d'insécurité et se sentir vulnérables à cause de leurs problèmes de santé sera ainsi surtout pour eux d'entre eux qui sont très âgés et vivent seuls, ou un d'aménagements continueront à passer les dernières années de leur vie en institution. Il en hommes, vivant en établissement. Au Canada, un pourcentage relativement élevé l'âge. En 1986, environ un tiers des 85+ ans, dont 41% des femmes et 28% des 75+ ans habitent en établissement. Ce pourcentage augmente rapidement avec l'augmentation du nombre de personnes très âgées. En 1991, 16% des aménages de longue durée ou d'institutions<sup>32</sup> continuent à progresser parallèlement à offerts dans la communauté, il est probable que le besoin d'établissements de soins même si l'on met de plus l'accent sur les services de soins de longue durée

(Venue, 86 ans, vivant en centre d'accueil)

une routine ou un quotidien pour aller ou que ce soit.  
pour vivre. Ce n'est pas beaucoup. Il m'est très difficile de prendre mes couloirs tout juste pour les arranger. Je n'ai que 90 \$ par mois personnel plutôt que dans celui des pensionnaires. Je déteste avoir à Parfois, j'ai l'impression que la maison est grâce dans l'intérêt du ne peu pas prendre soin de moi, c'est que je suis toute estropiée.  
Ici, on s'occupe de moi, mais pas comme je le ferai moi-même. Si je

(Célibataire, 90 ans, vivant en centre d'accueil)  
de famille, mais j'aime bien vivre ici parce que tous ces gens sont mes grâce à ma pension et, là où je suis, on s'occupe d'argenterie mal à me déplacer, mais je me sens bien parce que j'ai assez d'argenterie Je vois très mal et j'ai énormément de difficulté à marcher. J'ai du

de soins avec sa femme paralysée  
(Homme, 87 ans, vivant dans une maison avant).  
Mais je suis fait. Au moins, elle ne me manque plus comme dans une chambre et les enfants ne peuvent pas venir très souvent. Je dois dire que c'est partfois expérimentant de vivre comme ça. Nous vivons acceptés ici tous les deux, j'étais vraiment heureux de la retrouver. Je vecu seul et j'étais terriblement déprimé. Quant nous avions été Après son AVC, ma femme est restée près d'un an à l'hôpital. J'ai

On mette sur pied du soutien à domicile qui soit intégré aux services institutionnelles et communautaires, qui soit assorti d'une entité à guichet unique pour assurer une accessibilité maximale et une continuité dans les soins, et qui comprende un service de soins palliatifs pour les ainé-e-s voulant mourir à domicile.

## Le CNTA recommande que:

On constate aussi dans le secteur des services à domicile l'apparition d'équipements de services palliatifs qui aident l'ainé-e en phase terminale volontaire à la maison et sa famille. Malgré que les traitements offerts à ces patients se limitent souvent à soulager la douleur, ces équipements fournissent du soutien moral et spirituel. La mise sur pied de ces services est particulièrement importante au quartierme âge, vu le pourcentage de décès.<sup>51</sup>

Plusieurs provinces ont choisi de poursuivre ces objectifs par le biais d'un système assurer l'intégration des services des secteurs communautaire et institutionnel. Celle-ci décentralise et intégrée de services sociaux et de santé offrant l'entretien à «guichet unique» et la «gestion de cas» comme garanties d'accès à l'hôpital. Cela est particulièrement important dans le cas du quartierme âge. Les besoins de ces ainé-e-s sont complexes, variés et très changeants; certains requièrent des interventions médicales spéciales de façon fréquente ou continue; d'autres, des admissions fréquentes à l'hôpital.<sup>50</sup>

On constate aussi dans le secteur des services à domicile l'apparition d'équipements de services palliatifs qui aident l'ainé-e en phase terminale volontaire à la maison et sa famille. Malgré que les traitements offerts à ces patients se limitent souvent à soulager la douleur, ces équipements fournissent du soutien moral et spirituel. La mise sur pied de ces services est particulièrement importante au quartierme âge, vu le pourcentage de décès.<sup>51</sup>

On trouve aussi au quartierme âge une dépendance beaucoup plus grande de l'égarde des services à domicile publics. Le secteur des services à domicile est certaiement appelle à grandir: on aide de plus en plus les ainé-e-s à demeurer à domicile; les hôpitaux tendent à congedier les patients tot et à leur assurer des traitements en service externe; et la population âgée continue de croître. Les services de soutien à domicile sont offerts par le secteur public, les organisations communautaires et les agences privées. Ils comprennent tout un éventail de services, allant de l'aide avec les bains, la préparation des repas, l'alimentation par intraveineuse à l'inhalothérapie. Environ 25 % de ceux qui reçoivent des services à domicile ont 85+ ans.

La capacité de plusieurs personnes du quartierme âge de s'adapter et de maintenir leur autonomie dans la communauté malgré leurs incapacités physiques et les limitations d'activités dépend de l'appui d'autrui. Environ 80 % de cet appui viennent de la famille, des ainé-e-s et des voisins-e-s.

La plupart des maisons appartenant aux personnes du quartier agé tendent à être vieilles et à avoir besoin de réparations. Ces dernières sont généralement de la propriété, leur主人 qui elles peuvent servir la valeur de l'entretien de la maison et du jardin, parce qu'elles peuvent présenter la collectivité. Par ailleurs, elles trouvent souvent difficile de faire l'entretien elles-mêmes et la facture finalement, elles craignent parfois de se faire avouer par des entrepreneurs sans scrupule.

La population du PARÉL programme d'aide à la remise en état des logements montre bien que les habitations des aînés sont souvent besoин d'améliorations pour répondre à leurs besoins changants. La Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL) a récemment reçu, par le biais de la Stratégie nationale pour l'intégration des personnes handicapées, des fonds supplémentaires aînés et les plus fréquentes. Un programme pilote appelé «logement adapté», ainsi que leur vie autonome à domicile.

De plus, de nouvelles possibilités financières ont commencé à apparaître au Canada. Elles ont pour but de permettre aux aînés propriétaires de rester dans leur maison, tout en leur fournitant une source de revenus supplémentaires. Ces dernières sont adaptées à leur logement, prolongeant ainsi la période de autonomie» a été mis sur pied pour aider les personnes à bas revenu à défrayer les coûts des adaptations ménagères à leur logement, prolongeant ainsi la période de autonomie et de leur vie autonome à domicile.

Leur utilisation, tout en leur fournitant une source de revenus supplémentaires, par exemple, pour l'entretien et les réparations ou pour acheter d'autres utilisables, par exemple, pour l'entretien et les réparations ou pour les réparations nécessaires. Il s'agit, dans la plupart des cas, de variations de la formule qui favorisent l'autonomie et soient adaptées aux besoins du quartier. Les communautés constituent, à l'intention du quartier agé, une liste de fournisseurs dignes de confiance qui pourraient faire, par exemple, des réparations ou l'entretien des propriétaires.

On constate un grand événail d'habitations à court modique qui favorisent l'autonomie et soient adaptées aux besoins du quartier agé, y compris des résidences de groupe avec services.

On offre aux personnes du quartier agé le conseil d'usage pour les aider à choisir parmi les différentes options financières perméant de tirer un revenu supplémentaire de sa maison.

#### Le CNTA recommande que :

1991

La majorité des personnes du quartier vivent encore dans la communauté et préfèrent qu'il en soit ainsi le plus longtemps possible. La proportion d'autre-*à*-autre de résidentiel accroît de beaucoup la probabilité d'échanges de services. On a constaté que deux facteurs causals importants de l'entrée en institution étaient le très grand nombre de résert dans la collectivité, ou offre de plus des logements protégés, logements où les autr-e-s résident dans un maximum d'autonomie tout en bénéficiant des services utiles. Souvent, il faudra incorporer les nouvelles technologies capables d'aider les résident-e-s ayant des besoins spéciaux ou en prévoir l'installation à une date ultérieure. On voit aussi de plus en plus des habitations conçues selon «l'aménagement à accès facile»: Les éléments essentiels (salles de bain, toilettes, comptoirs de cuisine et placards) sont aménagés pour accommoder les besoins et les capacités de toutes les catégories de résident-e-s. Les services sociaux, le transport et les services de santé pour répondre aux besoins des personnes en perte d'autonomie vivant dans la communauté. La plupart de ces initiatives proviennent toutes du secteur privé, les prix sont souvent prohibitifs pour les autr-e-s à faible revenu. Environ 2 % seulement des autr-e-s vivant encore dans la communauté habitent des résidences où ils peuvent bénéficier de services spéciaux (par exemple, des repas).<sup>45</sup>

Environ 50 % des gens du quartier sont adaptés à leur vieillesse en changeant leur statut résidentiel (prophétise VS locataire), emmenageant dans une maison ou, plus souvent, dans un appartement qui soit plus petit et plus facile d'entretenir. L'autre 50 % reste chez eux tant que des problèmes de santé graves ou

la mort du conjoint ou de l'aidante ne les containt à demeurer.<sup>46</sup>

À 80, 90 ans ou plus, les gens trouvent souvent que leur logement ne

suffit pas pour leur être entouré des soutiens de lui et de notre vie

mais j'aime être entouré des soutiens de lui et de notre vie ensemble. Je suis aussi contente d'avoir bien de l'espace pour quand

je souffre de solitude à vivre seule maintenant que mon mari est mort,

mais j'aime être entouré des soutiens de lui et de notre vie

mes enfants et mes petits-enfants me rendent visite, mais ce n'est pas facile de garder la maison propre et bien rangée comme je l'aime.

(Venue, 83 ans, vivant seule dans sa maison)

## 6.1 Le Logement dans la communauté

La situation résidentielle des personnes du quatrième âge est extrêmement importante à leur bien-être parce que leur mobilité est souvent limitée, de sorte qu'elles passent beaucoup plus de temps à dormir que les plus jeunes. En plus, elles n'ont ni les ressources, ni l'énergie pour transformer les éléments insatisfaisants de leur environnement. Elles sont donc plus vulnérables à ces conditions. Pour éviter une dépendance excessive, elles ont besoin d'un environnement qui soutienne leur autonomie ou qui les rende capables de la maximiser. L'absence d'un environnement «soutenant» ajoute au sentiment de dépendance de l'aîné-e et au stéréotype de l'aîné-e fragile.

## 6. LA SITUATION RÉSIDENTIELLE

Les établissements de soins de longue durée adaptent la formation de leurs personnels, leurs programmes, leurs activités et leur environnement physique aux besoins spéciaux des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'autres formes de dépendance. Les établissements de soins de longue durée autres que les centres de jour et autres services de répit et d'appui soutiennent le développement de leurs centres de soutien et renforcent l'appui offert par les familles des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'autres formes de dépendance. Les situations pour la recherche fondamentale et la recherche subventionnée sur les causes et le traitement de la maladie d'Alzheimer ou d'autres formes de dépendance augmentent.

### Le CNTA recommande que:

contenitions physiques ou pharmaceutiques pour contrôler celles dont le comportement est dysfonctionnel.<sup>41</sup>

Entre 25 et 30 % des aînés de 80+ ans (40 % des 90+ ans) ont des problèmes de démenence, celle-ci étant définie comme des troubles mentaux graves ayant une influence majeure sur la capacité de fonctionner. La forme de démenence la plus commune est la maladie d'Alzheimer, quoiqu'on rencontre aussi d'autres formes de démence tels le multi-infarct et les démences reliées à l'alcoolisme au quatrième âge. La maladie d'Alzheimer est la maladie la plus courante chez environ 200 000 personnes au Canada en 1991. Selon les projections, ce nombre doublera avant 2011, atteignant presque 500 000.<sup>38</sup>

S'ajoutant à l'accroissement du nombre de victimes de maladie, il y a aussi un accroissement de la maladie d'Alzheimer pendant toute la vie de soutien. La progression normale de la maladie d'Alzheimer est beaucoup plus lente parmi les aînés qui commentent à montrer des signes de cette maladie vers la fin de leur vie, soit après 70 ans, que chez ceux où les symptômes apparaissent avant 60 ans. Ceci représente un défi majeur pour les familles et le secteur des services communautaires qui reconnaissent les difficultés de maintenir ces personnes atteintes de cette maladie. Pour les familles, le défi est de partager des services communautaires qui reconnaissent les difficultés de maintenir ces personnes aînées dans un environnement familial afin de maximiser leur qualité de vie et les occasions de participer à des activités valorisantes, tout en évitant l'épuisement réellement familial et aîné-s alors que le nombre de visiteurs chute à cause des occasions de participation à des activités valorisantes, tout en évitant l'épuisement réellement familial. Ces ressources peuvent offrir un soulagement temporaire à ces personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Ces ressources spécifiques des centres communautaires et autres services de petit adaptés aux besoins spécifiques des personnes atteintes de la maladie ressources tels les centres de jour, les centres communautaires et autres services de Pour le secteur des services communautaires, le défi est de fournir des

de rangements comportementaux de leur maladie.<sup>39</sup>

Pour la maladie d'Alzheimer, les centres de jour sont les plus courants. Les personnes atteintes de cette maladie, le défi est de maintenir ces personnes aînées dans un environnement familial qui reconnaît les difficultés de maintenir ces personnes atteintes de cette maladie. Pour les familles, le défi est de partager des services communautaires qui reconnaissent les difficultés de maintenir ces personnes aînées dans un environnement familial qui reconnaît les difficultés de maintenir ces personnes atteintes de cette maladie.

La maladie d'Alzheimer est une maladie progressive qui commence à l'âge de 60 ans. Ceci représente un défi majeur pour les familles et le secteur des services communautaires qui reconnaissent les difficultés de maintenir ces personnes atteintes de cette maladie. Pour les familles, le défi est de partager des services communautaires qui reconnaissent les difficultés de maintenir ces personnes atteintes de cette maladie.

La maladie d'Alzheimer représente aussi un défi majeur pour les établissements de soins de longue durée qui gèrent la plupart des victimes de cette maladie. Ces établissements souffrent d'une forme de démence. Comme on n'avait pas prévu la présence de tels résident-e-s, le milieu physique et les activités annuelles, dans établissements ouverts pas souvent une formation approfondie. En outre, plusieurs personnes n'ont pas encore été résolues et nécessitent des efforts concentrés de recherches. À savoir, par exemple, la cohabitation entre les personnes ayant des questions n'ont pas encore été résolues et nécessitent des efforts concentrés de recherche. A savoir, par exemple, la cohabitation entre les personnes ayant des problèmes cognitifs et les personnes lucides, l'épuisement professionnel du personnel attaché aux salles pour les personnes démentes et l'utilisation de personnes cognitives et les personnes lucides, l'épuisement professionnel du personnel attaché aux salles pour les personnes démentes et les personnes cognitives.

(Venue, 82 ans, vivant en établissement de soins de longue durée)

perdre la raison.

parce que j'oublie où j'ai mis la liste. J'ai vraiment l'impression de des listes de choses dont je dois me souvenir, mais cela ne m'aide pas pour quoi je quitte une pièce et j'entre dans une autre. J'essaie de faire j'oublie des choses si souvent. Parfois je ne me souviens même pas

(Venue, 86 ans, vivant en établissement de soins de longue durée)

comme moi, juste en oubliant des choses.

parce que j'ai vu ce qui est arrivé à mes amis-ici. Ils ont commencé à encore toute ma tête, mais les trous de mémoire me rendent folle. Je commence aussi à oublier des mots. Ça me fait beaucoup peur. J'ai déménagé ici à cause de quelques petits problèmes. Je vais bien,

## 5.2 La maladie d'Alzheimer et les autres types de démenage

en particulier la dépression, parmi les personnes du quartier à âge. Pourvoit reconnaissance, évaluer et traiter les problèmes de santé mentale, formation nécessaire et les occasions de formation continue afin de Les médecins et les autres professionnels de la santé régulent la

### Le CNTA recommande que:

Les services psychiatriques à cause du stigmate relié aux « maladies émotionnelles ».<sup>37</sup> L'hôpital et du manque à traiter la dépression. Les aînés ont tendance à refuser plus de provoquer des conséquences négatives à cause de séjours prolongés à Problème est médical peut donner lieu à des tests et à des traitements inutiles, en situation avec les changements normaux dus à l'âge. La conclusion erronée que le confortable avec la démenage, l'anxiété névrotique ou d'autres problèmes physiques, symptômes physiques et négligent la dépression. Celle-ci est ainsi souvent peuvent souffrir précédé la dépression, les médecins font souvent attention aux des problèmes de mémoire ou de concentration. Comme les problèmes physiques sont associées au nerfuses, elles ont un problème physique ou du, elles ont veulent souvent pas admettre qu'elles sont déprimées. Elles préfèrent dire qu'elles partent du vieillissement normal. De plus, les personnes du quartier ne souvent la possibilité de dépression parce qu'ils apprécient pas la prevalence de cette maladie ou parce qu'ils considèrent les symptômes observés comme faisaient une variété de plaintes non-spécifiques ou sans fondement physique excluent l'alcoolisme et la perte d'appétit. Les médecins qui remarquent chez leurs patients d'autres problèmes comme l'insomnie, la fatigue extrême, la perte de libido,

On estime qu'environ 13 % des aînés de 85+ ans vivant dans la communauté et 30 à 40 % de ceux qui vivent en établissement souffrent d'un certain niveau de dépression. Il s'agit donc d'un des problèmes psychotropes les plus répandus parmi les aînés. Les degrés de dépression au quatrième âge varient énormément, allant des symptômes très légères et l'obligation d'entrer en institution, aux stades graves, les maladies graves et l'hospitalisation, comme le démontre l'étude de critiques des dépressions majeures où l'estime de soi est sérieusement atteinte.<sup>36</sup>

(Veu, 92 ans, vivant en appartement)

Quand ma femme est morte, il y a quatre ans, je ne voyais plus pour quoi je continuais à vivre. La vie était très noire pour moi. Mes enfants, mon beau-frère et ma belle-sœur ont essayé de m'aider, mais c'était comme si je ne ressentais plus rien. J'ai perdu beaucoup de poids et je dormais tout le temps. Le médecin m'a donné des pilules et peu à peu, j'ai repris goût à la vie.

(Célibataire, 81 ans, vivant seule)

J'ai 81 ans et mentalement, tout va bien, mais physiquement, ce n'est pas terrible. Je ne vois pas les gens que je n'ai pas entière de voir. Je suis pas obligée de sortir quand je n'en ai pas envie. Je n'ai plus besoin de faire les angles. Je n'ai plus besoin de me pomponner, sans quand j'en ai envie. Je peux exprimer. Avec les années, les angles s'arrondissent, vous savez. Il n'y a plus grand chose qui me dérange à présent. Il est rare que je m'énerve. Je ne me preoccupe plus des «connaissances», je cultive quelques amitiés.

(Veu, 94 ans, vivant en centre d'accueil)

Je me dis que le plus grand avantage à avoir 94 ans, c'est d'avoir vécu la période la plus excitante de l'histoire. Je connais tellement de choses et mon cereau fonctionne bien. Cela me permet d'argumenter avec mes petits-enfants qui ont fini l'université. Parfois ils pensent comme toutes les personnes et je peux leur dire d'expérience: «Ça partait bien, mais ça ne marche pas comme ça.»

La santé mentale est un facteur de premier plan dans la qualité de la vie quotidienne dans la communauté. Elle reflète sa capacité de résilience face à l'individu de demeurer autonome dans la communauté. Elle est reliée directement à la capacité de l'individu de demeurer en bonne santé et la maladie d'Alzheimer et autres types de démence sont les problèmes dépression et dépression et l'automne dans la communauté. Elle reflète sa capacité de résilience face à l'individu de demeurer en bonne santé et la maladie d'Alzheimer et autres types de démence sont les problèmes de santé mentale les plus communs et les plus accablants au quatrième âge.

L'inconfinement est un des problèmes de santé les plus dérangeants au niveau psychologique. Il peut limiter la mobilité de l'individu de façon significative et créer une situation d'isolement social et de dépression à cause de la gêne et de la honte. La prévalence de l'inconfinement augmente rapidement avec l'âge. On estime que c'est un problème pour 5 à 15 % des aînés vivant dans la communauté pour 40 % des patients-hospitalisés.<sup>19</sup>

Avec la démission, l'inconfinement est l'une des principales causes d'entrée en établissement de soins de longue durée. L'inconfinement est aussi citée comme étant une difficulté majeure pour les aînés informels. On estime qu'environ 75 % des résident-e-s en établissement d'hébergement souffrent d'inconfinement à un certain degré, la moitié environ étant diagnostiquée comme étant totalement inconfinés.<sup>20</sup>

La recherche indique que la plupart des aînés vivant dans la communauté et qui souffrent d'inconfinement n'ont pas consulté leur médecin à ce sujet. Quant à celles qui sont passées par l'institution, elles ont souvent trop tôt à utiliser des aides à l'inconfinement (couches, tissus absorbants) parce qu'ils prennent pour acquis que l'inconfinement va de pair avec le vieillissement. Dans les institutions, l'inconfinement va demeurer pour les cas d'inconfinement peut donner lieu à des infections urinaires, à l'arthrite de la vessie ou à des dommages au sphincter. Dans 45 % des cas,

L'inconfinement peut occasionner des infections cutanées et des plaies de lit. Pourtant, on estime que 80 % des cas sont traitables et que l'autre 20 % peut être aidé grâce aux techniques de gestion des complications. Il s'agit notamment de conduire l'individu à la toilette suivant un horaire fixe et de faire des rappels périodiques. D'autres moyens se sont aussi avérés utiles, comme le fait de s'asseoir que les toilettes soient accessibles et que les vêtements puissent être ouverts ou enlevés facilement.<sup>21</sup>

#### Le CNTA recommande que:

Les personnes du quartier âgée qui souffrent d'inconfinement ou leurs aidants-e-s commentent souvent trop tôt à utiliser des aides à l'inconfinement (couches, tissus absorbants) parce qu'ils prennent pour acquis que l'inconfinement va de pair avec le vieillissement. Dans les institutions, l'inconfinement va demeurer pour les cas d'inconfinement peut donner lieu à des infections urinaires, à l'arthrite de la vessie ou à des dommages au sphincter. Dans 45 % des cas,

Pourtant, on estime que 80 % des cas sont traitables et que l'autre 20 % peut être aidé grâce aux techniques de gestion des complications. Il s'agit notamment de conduire l'individu à la toilette suivant un horaire fixe et de faire des rappels périodiques. D'autres moyens se sont aussi avérés utiles, comme le fait de s'asseoir que les toilettes soient accessibles et que les vêtements puissent être ouverts ou enlevés facilement.<sup>21</sup>

43

Les professions de la santé régionale, pendant leur formation initiale ou dans la formation continue, de l'information concernant les problèmes d'inobseriance du quatrième âge et la fragilité remédiée, par l'éducation, l'aide soutenue ou la surveillance.

Les professions de la santé régionale, pendant leur formation initiale ou dans la formation continue, de l'information concernant les problèmes d'inobseriance du quatrième âge et la fragilité remédiée, par l'éducation, l'aide soutenue ou la surveillance.

Les encourager les personnes du quatrième âge et leurs aidants à se renseigner sur les médicaments et à assumer un rôle actif en questionnant les professionnels de la santé et en signalant tout effet secondaire.

Les assure que les posologies adaptées au quatrième âge sont déterminées par des tests approfondis.

Les veille à ce que les problèmes d'inobseriance dus à l'etàquêteage ou à l'emballage des médicaments soient clairement identifiés et résolus.

Le CNTA recommande que:

Interrégne les professions de la santé. La situation est aggravée quand elles doivent prendre simultanément des médicaments de différentes couleurs, grandeur et formes et quand l'heure dans la prise des médicaments est partiellement compromise ou incommodé. Des doigts articulaires, des mains tremblantes, une vue basse peuvent aussi rendre impossibles des tâches aussi simples que d'ouvrir des contenants de médicaments, de lire des étiquettes ou de se mettre des gouttes dans les yeux. S'ajoutent encore les problèmes de mémoire. Les recherches indiquent qu'environ 30 % des personnes du quatrième âge ne suivent pas les directives de leur médecine dans l'utilisation de leurs médicaments.<sup>30</sup>

Les personnes du quatrième âge sont particulièrement à risque pas la raison de l'ordonnance ou l'effet désiré du médicament. Elles hésitent à d'inobligation dans l'usage de leurs médicaments. Parfois, elles ne comprennent pas la raison de l'ordonnance ou l'effet désiré du médicament.

On dit souvent que l'usage excessif et inappropriate de médicaments contribue à accélérer la perte d'autonomie chez les résident-e-s.<sup>27</sup> Type de médicament, surtout dans les établissements de soins de longue durée, qui on peut traiter le plus facilement chez les aîné-e-s. La mauvaise utilisation de ce psychotropes, tels les tranquillisants et les somnifères, est le problème de santé

des hémostases gastriques et les problèmes cognitifs sévèreux.<sup>28</sup> Allant de la sécheresse duucus buccal à la somnolence, l'étourdissement, l'anémie, d'interactions indésirables en plus d'autres problèmes dont la sévérité peut varier, le fait de prendre plusieurs médicaments à la fois augmente le risque

ou de leurs incapacités fonctionnelles.<sup>27</sup> Manque d'information, leur pour d'interroger leur médecin ou leur pharmacien, niveau d'inobligation des ordonnances est souvent plus élevée à cause de leur reflet dans les dosages recommandés, ni dans les pratiques de prescription; et leur métabolise les médicaments autrement à cause de leur âge, ce qui n'est souvent pas tout tendance à en consommer davantage sur une période plus longue; leur corps d'avoir des effets indésirables de leurs médicaments pour plusieurs raisons: elles consomme chaque jour. Les personnes du quatrième âge sont plus susceptibles et 8 le nombre de médicaments sur ordonnance ou en vente libre due l'aîné moyen et ils en consomment davantage. Les enduées communautaires estiment à entre 1 et 8 la consommation médicamentaire journalière. Les personnes du quatrième âge sont plus jeunes de fagon générale, on prescrit aux aîné-e-s plus de médicaments qu'aux jeunes

(Celibataire, 81 ans, vivant seule en appartement) Je n'ai jamais été en très bonne santé. Je suis né avant terme et j'ai toujours été très mince et fragile. Je souffre de goutte et de catarractes. J'ai aussi des neurologies très violentes au visage. Je prends huit médicaments différents tous les jours, tous prescrits par le

médecin. (Veuf, 91 ans, vivant seul dans sa maison) Je bois, mais raisonnablement. Je regarde la télé, je ne sais pas les dialogues. Je souffre également de sciatique. Je prends des médicaments pour le cancer, de l'aspirine pour catarractes et une opération pour mes yeux bouchés. Quand je marche plus de deux fois de rue à la fois à cause de mes graves problèmes vasculaires aux jambes. J'ai eu un cancer du sein, des

La rapidité avec laquelle on répond à leurs besoins est souvent critiquée pour assurer le succès des interventions. Pour répondre adéquatement à leurs besoins « bio-psychosociaux », il faut faire appel à une variété de services gérontiques. Une intervention qui est vraiment à point commençe souvent avec des équipements interdisciplinaires de proessions de la santé et des services sociaux. Ceux-ci favorisent des évaluations médicales approfondies, mais tendront compte également facteurs non médicaux, recommanderont les traitements appropriés et indiqueront aux aînés ou s'adresser pour avoir de l'aide. Les autres services gérontiques comprennent les hôpitaux de jour ou extra-muros, les unités de réadaptation (séjour court ou moyen), les unités de réadaptation, les services de consultation extrême et une gamme d'autres services extrêmes, y compris les programmes de soutien post-hospitalisation.<sup>24</sup>

On sait, d'après le nombre de visites chez le médecin, la fréquence et la durée des hospitalisations, que l'usage des services de santé augmente très rapidement au quatrième âge. Dans les provinces où l'on a essayé de réduire l'usage des services hospitaliers, toutefois, a lieu durant la dernière année de la vie d'une personne.

Vingt pour cent de toutes les journées passées à l'hôpital par des personnes âgées pour cent des aînés considérées comme « gros consommateurs » de soins d'hospitalisation des mourants était typiquement de 18 jours ou plus. Quarante pour cent des aînés qui sont décedés au cours de la même année. L'a durée d'hospitalisation ou l'année suivante.<sup>25</sup> On n'a pas beaucoup mesuré l'efficacité de l'hospitalisation ou l'année suivante. L'usage de ces services au regard de l'amélioration de la santé ou de la qualité de vie des personnes du quatrième âge.

Le CNTA recommande que:

L'on assure qu'il existe, dans chaque région, des services d'évaluation gérontique et des centres de traitement (ou l'équivalent), avec des équipements interdisciplinaires à qui les médecins de première ligne ou les médecins de famille pourront s'adresser pour répondre adéquatement aux problèmes de santé multiples et complexes du quatrième âge.

L'on surveille de près les services de santé fournis aux personnes du quatrième âge pour s'assurer qu'ils améliorent vraiment leur santé et leur qualité de vie.

Les personnes du quartier souvent de plusieurs problèmes de santé en même temps. Leur situation est d'autant plus complexe lorsqu'eux mêmes s'ajoutent aux autres facteurs sociaux et psychologiques liés à leur très grand âge.

(Célibataire, 87 ans, vivant en centre d'accueil)  
J'étais en bonne santé au moment de ma retraite, mais deux attaques de cœur m'ont obligé à rentrer ici. Ma crise de zona, il y a quatre ans, m'a rendue encore plus malade. J'ai aussi des problèmes de constipation et d'incontinence urinaire. Je dois aussi faire ajuster mes dentiers constants pour pouvoir continuer de manger comme il faut.

(Veuve, 82 ans, vivant en appartement)  
Je suis née en 1908. A quoi vous attendez-vous?»  
Les médecins ne semblent pas vouloir s'occuper des vieillards comme nous et c'est embêtant. La réponse typique, c'est: «Vous avez presque 90 ans. A quoi vous attendez-vous?»

#### 4.1 L'évaluation générale et l'utilisation des services de soins actifs

Les problèmes aigus qui peuvent mener à des problèmes chroniques de maladies sont nombreux, les thumes, les fractures et les maladies du système digestif.<sup>23</sup> Les personnes du quartier aussi à connaître plusieurs épisodes d'incapacités. Les problèmes les plus fréquents sont les infections pulmonaires ou urinaires, les accidents cardior-vasculaires (ACV) ou les embolies, les maladies coronariennes, les thrombus, les fractures et les maladies du système digestif.<sup>24</sup>

Les problèmes sensibles et de mobilité se retrouvent souvent au quartier. Dans le cadre de l'enquête sur la santé et les limitations d'activités (ESLA) de 1986, 83 % des aînés de 75 à 84 ans et 89 % des 85+ ans ont déclaré souffrir de handicaps divers aux plans de la mobilité et de l'agilité. De plus, 47 % des 75 à 84 ans et 65 % des 85+ ans se sont dit malentendants. Selon l'ESLA de 1991, 25 % des 85+ ans qualifiaient leur niveau d'incapacité de modérée, tandis que 64 % l'ont qualifiée de sévère.<sup>25</sup>

Les problèmes chroniques depuis 40 ans, plus de gens qui avaient des formes respiratoires et l'ostéoporose. Malgré la baisse importante des taux de mortalité dues à diabète, l'arthrite et le rhumatisme chronique, l'hypertension, les maladies moines graves de maladie et vivent plus longtemps avec diverses incapacités et limitantes fonctionnelles.<sup>26</sup> Aux malades chroniques depuis 40 ans, plus de gens qui avaient des formes aux malades chroniques depuis 40 ans, plus de gens qui avaient des formes respiratoires et l'ostéoporose. Malgré la baisse importante des taux de mortalité dues à diabète, l'arthrite et le rhumatisme chronique, l'hypertension, les maladies chroniques, d'incapacités et de certaines maladies cardio-vasculaires, le plus problème majeurs qui l'amènent les malades cardio-vasculaires, à des services de santé. Ces problèmes incluent les malades cardio-vasculaires, trois problèmes chroniques majeurs qui peuvent être événuellement à avoir recours à l'âge. La recherche montre que la personne moyenne de 85+ ans souffre de chondropathies, d'incapacités et de certaines maladies aiguës augmentant effectivement avec l'âge. Les personnes de santé fragile, la probabilité de problèmes physiques agées ne soient pas de santé fragile, la probabilité de problèmes physiques vie et qu'ils craignent son déclin en vieillesse. Quelque toutes les personnes très vie et qu'ils craignent son déclin en vieillesse. Quelque toutes les personnes très

members les plus âgés de la population aînée. Pluisiens des changements négatifs associés à l'âge très avancé peuvent être évités ou leur cours peut être renvirré grâce à l'agénie. Hormis les cas de pathologie, les aménagements généralement conservés faciliteront l'accès aux facultés intellectuelles et physiques jusqu'à un âge très avancé—probablement en meilleure état qu'en ne l'avait été jusqu'à présent—à condition qu'ils aient un régime régulier d'exercices et qu'ils se servent de leurs facultés.<sup>20</sup>

Les activités visant le «bien-vieillir» de la population adulte en général incluent les personnes du quartier comme groupe-cible, tenant compte de leur situation de vie, leurs préférences personnelles et leur culture propre. Des renseignements sur l'utilité des activités de promotion du «bien-vieillir» pour les personnes du quartier sont encouragées à participer à ces activités, dispositions et qu'elles soient du quartier mis à leur disposition et qu'elles résultent de recherches sur l'utilité de promouvoir de meilleures habitudes de vie aux plans physique et mental au quartier même âgé.

#### Le CNTA recommande que:

Ma santé décline peu à peu, mais je n'en fais pas une obsession. J'ai eu un infarctus assez grave qui m'a fait peur il y a quelques années et qui basse et un état général de fatigue. Mes problèmes de santé je ne peux plus jouer au golf aussi bien qu'autant à cause de ma sueur nocturne aussi obligé à réduire mes activités sexuelles, ce qui me frustrer beaucoup.

(Veuve, 81 ans, vivant seule dans sa maison)

Je ne peux plus faire autant qu'avant. Je suis surtout frustrée par mon manque d'énergie. A vrai dire, ma santé est meilleure qu'il y a trois ou quatre ans, lorsqu'e j'avais un ulcère qui s'aggravait. Maintenant, c'est sous contrôle. J'ai découvert que je souffrais aussi de diabète, mais grâce à l'exercice et à une perte de poids, ça va. Je me sens très bien malgré de légères douleurs au dos. Variant, je ne m'inquiète pas pour l'avenir.

Ma santé décline peu à peu, mais je n'en fais pas une obsession. J'ai eu un infarctus assez grave qui m'a fait peur il y a quelques années et qui basse et un état général de fatigue. Mes problèmes de santé je ne peut plus jouer au golf aussi bien qu'autant à cause de ma sueur nocturne aussi obligé à réduire mes activités sexuelles, ce qui me frustrer beaucoup.

On reconnaît d'habitude l'importance de favoriser le bien-être global pour les personnes du troisième âge, mais on néglige parfois de dire qu'il en va de même pour le quartier. Les activités de promotion de la santé et de prévention de la maladie n'ont pas été suffisamment utilisées avec ce groupe d'âge et n'ont pas été adaptées à leurs préférences et à leurs capacités. Cela demeure vrai malgré le fait que plusieurs mesures de ce genre se sont avérées très bénéfiques, même pour les

En recommandant des styles individuels et préférances personnelles, il est important d'offrir aux personnes du quatrième âge la possibilité de participer à des activités favorisant le bien-être global. Ces activités peuvent inclure, par exemple, le soutien aux activités autobiographiques ou d'autres formes de remémoration, la promotion de la connaissance et de l'estime de soi, le soutien à l'apprentissage et à la mémoire, l'enrichissement culturel et spirituel, les techniques de réduction de stress et de relaxation, l'amélioration de la nutrition et d'autres changements des habitudes de vie et l'augmentation de l'exercice physique.<sup>19</sup>

Mais il n'y a pas vraiment de modèle de référence au «bien-vieilli». Les individus vont nécessairement faire appel à leur propre culture, aux expériences passées et à leurs préférences personnelles en déterminant leur style de vie. Ils se sont limités ou soutenus dans leurs choix par les circonstances concrètes de leur vie pour décider comment ils veulent être bien. Il y a des personnes du quatrième âge qui, malgré des limitations physiques très sévères, atteindront une qualité de vie remarquable en soulignant d'autres dimensions de leur vie. La personne âgée «ghincheuse» ou «bourrue» qui forme le ses plaintes et ses frustrations à haute voix certainement spirituelle de la vie peuvent révéler une grande importance pour certains personnes du quatrième âge, tandis que d'autres préfèrent se consacrer à des œuvres humanitaires ou artistiques.<sup>18</sup>

Le «bien-vieillir» vient en seconde place dans l'éventail des questions qui influencent la qualité de vie des personnes du quatrième âge. Ce concept va bien au-delà de la définition médicale traditionnelle de la santé comme étant l'absence de maladie en adoptant une perspective globale ou holistique du bien-être. Être «bien» est lié à «style de vie sain», également englobé les dimensions physique, mentale, émotionnelle et morale de la vie. L'importance relative de ces dimensions peut varier la fin de leur vie, plusieurs individus sembleront vouloir atteindre un équilibre personnel entre ces dimensions qui leur permettent d'acquérir un sentiment d'intégration. Comme la écrit Erikson, «C'est grâce à cette dernière étape que le cycle de la vie fait une boucle complète... ramenant à un état d'équilibre les sentiments d'inégrité et de de dépouillement, période où on revient à sa propre vie et où on assume un rôle véritable.»<sup>17</sup> [Traduction libre]

(Femme, 80 ans, vivant en centre d'accueil)

amoureuse de lui. La vie me sortit maintenant.

suis plus heureuse que jamais avant dans la vie parce que je suis si

passé, j'ai épouse un résident qui souffre de paralysie cérébrale. Je

je suis venue au monde avec elle et je vis ici depuis 40 ans. L'an

les instants. (Femme célibataire, 87 ans, vivant en centre d'accueil)

punitio. Plus on avance, plus on souffre. C'est un martyre de tous

mes dénts au bout de mes oreilles.... La vieillisse, c'est une forme de

C'est une question d'endurance.... Je n'ai plus rien qui marche, de

Il n'y a aucune raison de faciliter les gens qui vivent trop longtemps.

(Veuve, 101 ans, vivant en centre d'accueil)

J'imagine qu'ils tiennent cela de moi....

Gilbert et Sullivan. J'ai moi-même joué et chanté quand j'étais jeune.

petite-fille et son mari qui jouent dans une comédie musicale ma

ma sante se dégrade peu à peu. Hier soir, je suis allée entendre ma

mauvais moments, mais dans l'ensemble, je suis heureuse, même si

gens me voit. Je dirais que j'ai très bien vécu. Bien sûr, j'ai eu de

suis une sorte d'oisive rare, une pièce de collection. On amène des

C'est très étrange et en même temps amusant d'être centenaire. Je

### 3. LE BIEN-VIEILLIR

revenu.

quatrième âge, s'assurent que leur revenu dépasse le seuil de faible

Leon veille à éliminer la pauvreté restante chez les personnes du

Le CNTA recommande que:

dans le groupe des 80+ ans.<sup>16</sup>

principale source de revenu de seulement 20 % des hommes et de 8 % des femmes

pas aussi prépondante que les conjoints survivants. Les régimes de retraite privés sont la

1967, ou qu'ils ont contribué aux régimes perdant une très courte période ou à bas

pris leur retraite avant que le RPC/RQ n'ait commencé à verser des prestations en

contre 128 \$ pour les pensionnées. Ceci s'explique du fait que les pensions atteignent

pensions du Canada/Régime de rentes du Québec) était d'environ 185 \$ par mois,

versées aux personnes de 85+ ans dans le cadre du RPC/RQ (Régime de

réglimes de pensions publiques ou privés. En 1992, le montant moyen des prestations

Pluisiens du quartier de deux personnes au seuil de faible revenu.<sup>15</sup>

ces deux prestations, SRG et SV, n'étais pas suffisant pour leur assurer un revenu

J'ai assez de revenus pour les besoins de première nécessité, mais c'est uniquement pour la partie que ma santé m'empêche de sortir le soir ou de mangier au restaurant. Je peux encore m'acheter des livres et aller au cinéma de temps en temps. (Femme célibataire, 80 ans)

Parmi les conditions nécessaires au maintien de la qualité de vie à tout âge, la sécurité financière est certainement l'une des plus fondamentales puisqu'elle est un pré-requis à l'accès à beaucoup d'autres ressources et au sentiment de sécurité. En fait, en 1991, pas moins d'un quart de la population des 80+ ans ne vivait pas suffisamment dans L'avenir. Cette crise n'a pas investi tous les secteurs financiers au Québec, le revenu médian des années 60 à 69 du troisième âge. En 1990, par exemple, le revenu médian des années 75+ ans était de 14 432 \$ comparativement à 12 248 \$ pour les 75+ ans. Ceci place les personnes du quartile supérieur à celui des deux cas, les femmes situées dans la situation financière des années 60 en général se sont améliorées ces dernières années, le revenu du quartile supérieur a augmenté (vivre seul ou avec d'autres). Dans ces deux cas, les femmes situées dans la situation financière (vivre seul ou avec d'autres) ont vécu une situation résidentielle (vivre seul ou avec d'autres) de 11 717 \$, tandis que celui des hommes était de 13 598 \$.<sup>13</sup> La moitié de toutes les femmes sont veuves ou divorcées à 65 ans, alors que 58 % des hommes sont encore mariés à 80 ans. Les personnes du quartile supérieur à 65 ans vivent seules, doivent faire beaucoup d'efforts pour établir leur budget, car elles n'ont pas la possibilité d'économiser en partageant les frais fixes comme le loyer et l'alimentation. Selon le Conseil national du bien-être social, 50 % des femmes de 75+ ans vivant seules ou avec des personnes qui ne sont pas des parents ont des revenus sous le seuil de faible revenu.<sup>14</sup>

L'e essentiel du revenu des personnes du quartile supérieur à 65 ans vivant dans le quartile inférieur la présente la principale source de revenus pour 55 % des hommes et 68 % des femmes de 80+ ans vivant dans le quartile inférieur. En 1990, ces transferts représentent la plus grande partie du revenu pour 50 % des hommes et 65 % des femmes de 80+ ans vivant dans le quartile inférieur. Ces transferts sont le revenu de toute la famille pour les personnes qui vivent seules ou avec des personnes qui ne sont pas des parents. Les personnes qui vivent seules ou avec des personnes qui vivent dans le quartile supérieur à 65 ans ont un revenu moyen de 14 000 \$ pour les personnes vivant seules, selon la taille de la collectivité.<sup>12</sup>

Le niveau du revenu du quartile supérieur à 65 ans vivant dans le quartile inférieur est très bas. En 1990, les transferts représentent la plus grande partie du revenu pour 50 % des hommes et 65 % des femmes de 80+ ans vivant dans le quartile inférieur. Ces transferts sont le revenu de toute la famille pour les personnes qui vivent seules ou avec des personnes qui vivent dans le quartile supérieur à 65 ans. Les personnes qui vivent seules ou avec des personnes qui vivent dans le quartile supérieur à 65 ans ont un revenu moyen de 14 000 \$ pour les personnes vivant seules, selon la taille de la collectivité.<sup>12</sup> La proportion des personnes dont le revenu dépend de ces transferts connaît une augmentation. En 1990, 70 % des 90+ ans ont touché un SRG partiel (Supplément de revenu garanti); leur revenu annuel était donc de moins de 10 123 \$, si l'on ne tient pas compte de la SV (Sécurité de la vieillesse). En même temps, environ 25 % des 90+ ans ont reçu le SRG maximum, ce qui signifie que leur seule source de revenu était la SV. Toutefois, le cumul de ces deux sources de revenu pour 55 % des hommes et 68 % des femmes de 80+ ans vivant dans le quartile inférieur est très bas. En 1990, les transferts représentent la plus grande partie du revenu pour 50 % des hommes et 65 % des femmes de 80+ ans vivant dans le quartile inférieur.

mois, ce n'est pas assez. (Veuve, 86 ans, vivant en centre d'accueil)  
Je n'ai plus grandi chose depuis que je vis ici. Seulement 90 \$ par

(Homme marié, 85 ans)

savais jamais combien je gagnerais d'un mois à l'autre.  
aujourd'hui que quand j'étais jeune. À l'époque, nous saviez, je ne  
Avec ma pension du gouvernement, je m'en sors beaucoup mieux

## 2. LA SITUATION FINANCIÈRE

les 85 à 89 ans et 274 femmes pour 100 hommes chez les 90+ ans.<sup>10</sup>  
femmes pour 100 hommes chez les 80 à 84 ans, 209 femmes pour 100 hommes chez  
La «féminalisation» du quatrième âge est frappante. En 1991, il y avait 169

femmes.<sup>9</sup>  
celle de leur 75<sup>e</sup> anniversaire était de 9 ans pour les hommes et de 12 ans pour les  
courses des 20 dernières années. En 1986, l'espérance de vie des personnes ayant  
à explier l'augmentation du nombre de personnes très âgées, en particulier au  
La diminution des taux de mortalité est un facteur qui a largement contribué

population totale du Canada, et plus de 28 % de la population des 65+ ans.<sup>8</sup>  
Statistique Canada pour l'an 2011, les 80+ ans constituaient plus de 4 % de la  
augmente d'environ trois fois. D'après les projections à hypothèses moyennes de  
plus vite que celle de l'ensemble de la population, tandis que celle des 65+ ans a  
ans. Entre 1975 et 1986, le taux de croissance des 80+ ans a augmenté quatre fois  
2 % de l'ensemble de la population du Canada et environ 21 % des aînés de 65+  
En 1991, les générations et les personnes entre 80 et 99 ans représentent environ  
dépassera 7 400 en 2011, faisant de ce groupe d'âge celui qui croît le plus au pays.  
En 1991, il y avait 3 700 centenaires au Canada. On prévoit que leur nombre

intelligente.<sup>7</sup>  
des activités gratifiantes et elles font face aux problèmes de la vie de façon  
moyenne, une nature optimiste et le sens de l'humour. Elles s'engagent aussi dans  
tendance à avoir une personnalité forte, un quotient intellectuel plus élevé que la  
D'autres études ont conclu que les personnes qui vivent plus longtemps ont

pour appuyer un appui émotionnel et pratique.<sup>6</sup>  
ont eu moins d'enfants que la moyenne et de celles dont le conjoint est encore là  
supérieure ou qui appartient à une catégorie professionnelle choisie, de celles qui  
longtemps, des premiers-nés d'une famille, des gens qui ont un niveau d'instruction  
favorisait la longévité. C'est le cas des personnes dont les ancêtres ont vécu très  
On a constaté qu'un certain nombre de facteurs socio-démographiques

Le revenu est un problème pour un certain nombre de personnes du quatrième âge. La plupart ont quitté le marché du travail depuis au moins 15 ans. Pour assurer leur subsistance, elles doivent dépendre de leurs économies et de leurs investissements, des pensions privées, de la générosité de leur famille ou des transferts de fonds publics. Ces fonds publics, qui vivent seules dans un logement non subventionné, sont tout des femmes, qui vivent avec leur besoin de soins importants et d'une aide spéciale pour rester amé-e-s, des organisations communautaires ou des services publics. Nombre d'entre vulnérables et dépendants des autres, que ce soit des membres de leur famille, des aînés plus âgés peuvent également être victime d'un problème particulièrement difficile au quatrième âge.

Le transport peut être un problème particulièrement difficile au quatrième âge. Les personnes qui ont déjà conduit une voiture doivent souvent cesser de le faire à cause de leurs problèmes de santé. Pour se déplacer, plusieurs dépendent des transports publics, des taxis et de la bonne volonté de gens qui les aideront à obtenir les services utiles ou à visiter leurs ami-e-s. Plusieurs peuvent trouver le coût prohibitif étant donné leur revenu limité. La situation est encore plus extrêmement difficile. D'autres encore ne sont jamais la nuit tomber parce que leur vue a basse ou parce qu'elles ont peur ;

Après une brève description du quatrième âge, ce document abordera les questions qui, après le CNTA, affectent le plus ce groupe d'âge. Ces sont les éléments qui contribuent de façon fondamentale à leur qualité de vie. Il s'agit notamment de la sécurité financière, du bien-être, de la santé physique et mentale, de la situation résidentielle, du transport et de la mobilité, des relations interpersonnelles et des questions éthiques. La plupart des sections seront cadre d'une consultation informelle menée par les membres du Conseil. Ils précèdent des extraits d'entrevues avec des personnes très âgées, interrogées dans le illustrant la grande diversité entre les individus.

A plusieurs égards, les personnes du quatrième âge sont de vertablos déficihers. Dans toute l'histoire de l'humanité, c'est la première fois qu'une proportion aussi importante de la population, en grande majorité des femmes, atteint des âges aussi avancés.

Le manque de connaissance et de compréhension a donc lieu à de nombreux idées fausses au sujet des personnes du quatrième âge. Les préjugés abondent à leur endroit, peut-être parce que les manifestations physiques viennent souvent plus évidentes que chez les aînés. Même si on néglige souvent de mentionner les différences d'un individu à l'autre, nous savons que ce sous-groupe n'est ni homogène, ni statique. A de nombreux égards, il est plus diversifié que les groupes d'âge plus jeunes, ses membres ayant eu 1913 signifie qu'ils ont vécu certaines périodes et événements de l'histoire qui les ont marquées à des degrés divers. Ils ont continué des révolutions culturelles et 1938 depuis des époques de grande prospérité économique, de grandes épreuves, des querres et des changements technologiques considérables. Les personnes du quatrième âge ont emmagasiné une expérience de la vie qu'il a donné à certaines autres, ont été victimes de la vie ou observatrices passives que les événements n'ont d'entre elles pas saisisse et une perspective philosophique enviable. D'autres, par ailleurs, ont été saisisse et une perspective philosophique enviable. D'autres, par cause par des troubles physiques ou cognitifs; la perte d'amis et de parents plus âgés, dont plusieurs étaient peut-être des aidants primaires ou secondaires; et, pour pluisieurs, la perte d'un environnement familial. Avec les années, les épreuves s'ajoutent et deviennent de plus en plus pénibles.

Il existe des conditions qui se rencontrent plus souvent dans ce groupe. C'est là que les personnes sont ressenties de la façon la plus siéguie: la perte d'autonomie fait qu'effrayer.

Le simple fait que les aînés-s font nous parlons ici soient tous nés avant 1913 signifie qu'ils ont vécu certains périodes et événements de l'histoire qui les ont marquées à des degrés divers. Ils ont continué des révolutions culturelles et 1938 depuis des époques de grande prospérité économique, de grandes épreuves, des querres et des changements technologiques considérables. Les personnes du quatrième âge ont emmagasiné une expérience de la vie qu'il a donné à certaines autres, ont été victimes de la vie ou observatrices passives que les événements n'ont d'entre elles pas saisisse et une perspective philosophique enviable. D'autres, par ailleurs, ont été saisisse et une perspective philosophique enviable. D'autres, par cause par des troubles physiques ou cognitifs; la perte d'amis et de parents plus âgés, dont plusieurs étaient peut-être des aidants primaires ou secondaires; et, pour pluisieurs, la perte d'un environnement familial. Avec les années, les épreuves s'ajoutent et deviennent de plus en plus pénibles.

Une certaine auréole entoure les membres les plus âgés de notre société. Ce sont les «survivants», définis ici comme étant les personnes de 80 ans et plus, celles qui ont pu maintenir un degré relativement élevé d'autonomie et de qualité de vie malgré leur âge venerable. On s'intéresse souvent sur les secrètes de leur endurance, sur le succès de leur vieillesse. Les réponses variées, allant d'un régime alimentaire spécial à l'activité physique, à des exercices d'hygiène mentale et à des saines habitudes de vie. En fait, on sait peu de choses de la vie des personnes très âgées d'aujourd'hui, de leur changement et de leur devenir.\*\*

## INTRODUCTION

LA POSITION DU CNTA SUR  
LE QUATRIÈME ÂGE AU CANADA.  
MAINTENIR LA QUALITÉ DE LA VIE

8

Les services communautaires appuient les époux / épouses de 80+ et aux personnes relevant soit de leur conjoint, ou offre du conseil et de l'aide pratiques 80+ ainsi qu'au bénéfice d'un conjoint, surtout aux veufs, les services formels reconnaissent les limites, aux plans de la disponibilité et des moyens, des enfants, des parents et des amis-é-s en tant qu'aideant-e-s informels, et que certains personnes du quartier n'ont pas de sources familières d'aide intérieure, les personnes éloignées ne limitent pas la participation d'une aide collégiale, les personnes éloignées et autochtones ne limitent pas la participation d'une aide approfondie et sensible à la culture de ces groupes.

En ce qui a trait aux questions éthiques,

On respecte le droit des aîné-e-s âgés de vivre «à risque», on identifie les divers types d'abus tels que l'exploitation des méthodes pour y remédier; on encourage le débat public dans le but de clarifier les normes en matière de questions éthiques et qu'on mette en place les mécanismes nécessaires pour implanter les décisions qui en découlent.

7

En ce qui a trait au transport et à la mobilité, On change la conception des routes, des intersections et des par米neaux de signalisation; on améliore la sécurité des aînés et des enfants. Les trottoirs et les arrêts d'autobus; on rende plus accessibles les systèmes de transport public et adapté pour les aînés-handicapés, surtout dans les petites villes et les régions rurales; on rende plus accessibles les cours de recyclage en conduite automobile aux 80+ ans et qu'on vérifie périodiquement l'acuité visuelle de ces personnes, ainsi que la vitesse de leurs réactions dans des situations complexes.

•9

défenses de confiance qui font de l'entretenir domiciliaire, ou offre le conseil en financement pour apprécier aux propriétaires agées qui veulent tirer un revenu de leur maison, ou mette sur pied des services d'aide à domicile intégrés aux services institutionnels et communautaires et accessibles par le biais d'un guichet unique, incluant les soins palliatifs pour les aînés qui détiennent moins que eux, ou passe une évaluation individuelle des clients et-les locataires, ou connaît des plans de soins et de services dans les institutions de longue durée, ou voit à ce que les conditions du milieu, le niveau des effets et la formation du personnel soient en mesure de répondre aux besoins de la clientèle desservie; ou permette aux couples de demeurer ensemble ou à proximité, lorsqu'il sera possible, même si seulement l'un des conjoints doit être dans une institution, L'accès à leurs activités communautaires facilitera aux personnes en institution L'accès à leurs activités ou services; les institutions s'assurent de bien communiquer avec les services autres quels que soient les traditions.

On constitue un grand événail d'habitations à court modèle favorisant l'autonomie des 80+ ans; les collectivités tiennent un registre des personnes

5.

### En ce qui a trait à la situation résidentielle

répondre aux besoins spéciaux de ces individus.

des personnes souffrant de démenie; les institutions de santé s'adaptent pour dépression; on développe des ressources communautaires pour aider les familles atteintes d'âges qui ont des problèmes de santé mentale, en particulier la

4.

### En ce qui a trait à la santé mentale

conséiller les patient-e-s sur les traitements et la gestion de l'inconscience. professionnels de la santé leur usage et à singulariser les effets secondaires et s'informer à propos des médicaments qu'ils consomment, à interroger les

professionnels de la santé des problèmes relatifs à l'usage des médicaments chez les 80+ ans et on invite les aîné-e-s âgés et leurs aidants à informer tous les pour s'assurer qu'ils améliorent vraiment leur qualité de vie; on informe tous les gératrices; on surveille de près les services de santé fournis aux aîné-e-s âgés

3.

### En ce qui a trait à la santé physique

services sociaux, l'utilité de ces activités pour les 80+ ans. démontrer, tant aux aîné-e-s eux-mêmes qu'aux professionnels de la santé et des groupes cibles pouvant bénéficier d'activités visant le bien-être et qu'on

2.

### En ce qui a trait au bien-vieillir,

On veille à éliminer la pauvreté restante chez les personnes du quatrième âge, s'assurant que leur revenu dépasse le seuil de taxable revenu.

1.

### En ce qui a trait au revenu,

En bref, le CNTA recommande que:

chacun d'entre eux. qualité de la vie des aîné-e-s âgés et fait des recommandations spécifiques pour enracine de principe, le CNTA met l'accent sur les domaines qui touchent le plus à la on sait peu de choses sur ces aîné-e-s et sur leurs besoins particuliers. Dans le présent auteur que possible leur vie au cours de dernières années. Toutefois, présente une nouvelle ère à la société canadienne qui voudra assurer de maintenir dernières années. La présence de ces «survivants», dont la majorité sont des femmes, aîné-e-s est l'un des développements socio-démographiques les plus marquants des croissance du nombre d'aîné-e-s âgés (80+ ans) au sein de la population des

Le CNTA croit que:

importe leur âge.

Les aînés ont droit à l'autonomie tout en bénéficiant de l'interdépendance,

La société doit reconnaître les mêmes droits, devoirs et priviléges à tous, peu

des aînés doivent participer à l'élaboration des politiques et des programmes. Ceux-ci doivent tenir compte de l'hétérogénéité et de la diversité culturelle chez les aînés.

Les aînés doivent pouvoir compter sur une protection de revenu adéquate, sur un accès universel aux soins de santé et sur la présence d'une gamme de programmes et services capables de soutenir leur autonomie, celle, dans toutes les régions du pays.

•

•

•

•

Le Conseil consultatif national sur le troisième âge	LE CONSEIL CONSULTATIF NATIONAL SUR LE TROISIÈME ÂGE	EN QUOI CONSISTE	Membres
1 <sup>er</sup> mai 1980, afin d'assister le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social le	de le conseiller sur les questions du vieillissement de la population canadienne et de la qualité de vie des personnes âgées. Le Conseil étudie les besoins et les	problèmes des aînés, recommande des mesures correctives, assure la liaison avec les autres groupes intéressés au vieillissement, favorise les discussions avec le public, publie et diffuse de l'information sur le vieillissement. Pour mener à bien ces activités, le CNTA travaille en étroite collaboration avec la ministre d'État pour le Troisième âge.	Le Conseil est composé d'au plus dix-huit membres venant de toutes les parties du Canada. Les membres sont choisis en raison de leur intérêt et de leur expérience dans le domaine du vieillissement. Ils font bénéficié le Conseil de leur expertise, de leurs préoccupations et de leurs compétences.
(au 29 septembre 1992)	Toronto, Ontario	Présidente	Frank Appleby
Blossom T. Wigdor	Andréa Berube	Julia Best	Frances Boswell
Ruth Carver	Evan Dickson	Jeannie Charlier	Donna Ford
Andrea Boswell	Barbara Gregan	Louise Francœur	Barbara Gregan
Julia Best	John MacDonell	Marie-Hélène Charlebois	John MacDonell
Maurice Berube	Wilma Mollar	Abe Okpik	Noëlla Porter
Frank Appleby	Medard Soucy		



© Ministre des Appréciations et Services Canada 1993  
N° de cat.: H71-2/4-1993  
ISBN: 0-662-59443-6

LA POSITION DU CNTA SUR ... contient les opinions et les recommandations du Conseil touchant les besoins et les préoccupations des auto-e-s, ainsi que les conséquences d'une population vieillissante.

Présidente  
Blosson T. Wigdor, C.M., Ph.D.  
Susan Fletcher  
Directrice exécutive

Fax: (613) 957-9938  
Tel.: (613) 957-1968  
K1A 0K9  
Ottawa (Ontario)  
sur le troisième étage  
Conseil consultatif national

On peut obtenir des renseignements sur ce rapport auprès du

Conseil consultatif national sur le troisième âge

du Conseil, le 29 septembre 1992

Les membres du CNTA lors de la 34<sup>e</sup> réunion

Cette position a été adoptée à l'unanimité par

MAINTENIR LA QUALITÉ DE LA VIE  
SUR LE QUATRIÈME ÂGE AU CANADA.  
LA POSITION DU CNTA



Canada

LE CONSEIL CONSULTATIF NATIONAL SUR LE TROISIÈME ÂGE

Maintenir la qualité de la vie  
Le quatrième âge au Canada:  
sur

## LA POSITION DU CCNTA

